

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2011

N° 140

THESE
pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

Par

Edouard GEORGETON

Né le 11 Février 1985 à Reims

Présentée et soutenue publiquement le 28 Novembre 2011

Efficacité à 24 mois d'une filière de soins originale : Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur - Centre de Rééducation Fonctionnelle, sur le retour et le maintien au travail et sur la qualité de vie de 29 patients fibromyalgiques sévères en arrêt de travail depuis plus de 6 mois.

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Yves MAUGARS

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Julien NIZARD

Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Monsieur le Professeur Jean-Paul N'GUYEN

Monsieur le Docteur Lionel PAUL

Madame le Docteur Dominique DUPAS

Monsieur le Docteur Jean-Michel N'GUYEN

Efficacité à 24 mois d'une filière de soins originale : Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur - Centre de Rééducation Fonctionnelle, sur le retour et le maintien au travail et sur la qualité de vie de 29 patients fibromyalgiques sévères en arrêt de travail depuis plus de 6 mois.

Résumé

Objectifs : La prise en charge des patients fibromyalgiques sévères en arrêt de travail prolongé est un enjeu de santé publique du fait du coût élevé de cette pathologie pour la société. Notre étude a évalué l'efficacité d'une filière de soins originale, hospitalière et séquentielle associant le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes (France) et un Centre de Rééducation Fonctionnelle (CRF), sur le devenir à 24 mois de 29 patients fibromyalgiques sévères en âge de travailler et en arrêt de travail de plus de 6 mois.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, portant sur l'ensemble des patients fibromyalgiques sévères en arrêt de travail de plus de 6 mois ayant bénéficié d'une prise en charge pluridisciplinaire, hospitalière et séquentielle de 2 fois 5 jours au sein du CETD, puis d'une hospitalisation de 5 fois 5 jours en CRF. Le critère de jugement principal est la reprise et le maintien de l'activité professionnelle ; les critères de jugement secondaires sont des critères de qualité de vie : la douleur, la fonction, les éléments dépressifs et anxieux, la qualité du sommeil, les répercussions de la douleur dans la vie quotidienne et la consommation de médicaments dépendogènes.

Résultats : Nous avons inclus 29 patients, dont 25 femmes, d'âge moyen 40,5 ans (DS = 7,0). La durée moyenne d'arrêt de travail est de 13,5 mois (DS = 5,3). 28,6% des patients ont repris le travail à 12 mois et 50,0% à 24 mois. Ces résultats sont pérennes puisque tous les patients ayant repris le travail à 12 mois ont maintenu une activité professionnelle à 24 mois. Il s'y associe une amélioration de l'activité générale à 12 mois ($p < 0,05$) mais pas des autres critères de qualité de vie. Le niveau d'anxiété est retrouvé comme prédictif du non retour au travail ($p < 0,05$).

Conclusion : Cette étude montre l'efficacité à 12 et à 24 mois de cette filière de soins originale, jamais publiée, sur la reprise et le maintien au travail ainsi que sur l'activité générale de 29 patients fibromyalgiques sévères en arrêt de travail prolongé. Ces résultats encourageants méritent d'être confirmés par une étude contrôlée randomisée.

Mots-clés

Fibromyalgie ; Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur ; Centre de Rééducation Fonctionnelle ; Prise en charge multidisciplinaire ; Retour au travail ; Arrêt de travail ; Qualité de vie.

Efficiency at 24 months of an original care pathway : Pain Centre - Rehabilitation Centre, on the long-lasting return to work and on the quality of life of 29 patients suffering from severe fibromyalgia on sick leave for over 6 months.

Abstract

Objectives : The management of patients suffering from severe fibromyalgia on sick leave for an extended period of time is a public health issue due to the high cost of this disease to society. Our study assessed the efficiency of an original sequential hospital care pathway, bringing together Nantes University Hospital Pain Centre (France) and Rehabilitation Centre on the follow-up at 24 months of 29 patients suffering from severe fibromyalgia of working age and on sick leave for over 6 months.

Methods : This is a retrospective, descriptive study about all the patients suffering from severe fibromyalgia having benefited from multidisciplinary sequential hospital care of two 5-day periods within the Pain Centre, then five 5-day hospitalization periods within the Rehabilitation Centre. The main assessing criterion is the long-lasting return to work; the secondary assessing criteria are about the quality of life: the pain, the function, the depression and the anxiety, the quality of sleep, the impact of pain in daily life and the addictive drugs use.

Results : We included 29 patients, 25 of them women, with an average age of 40,5 years (SD = 7,0). The average sick leave period is 13,5 months (SD = 5,3). 28,6% of the patients went back to work at 12 months and 50,0% at 24 months. These results are long-lasting since all patients back to work at 12 months still had a professional activity at 24 months. We also find an improvement of general activity at 12 months ($p < 0,05$) but not the other criteria of quality of life. The anxiety level found is predictive of a non-return to work ($p < 0,05$).

Conclusion : This study shows the efficiency at 12 and 24 months of this original care pathway, ever published, on the long-lasting return to work and on general activity of 29 patients suffering from severe fibromyalgia on prolonged sick leave. These encouraging results have to be confirmed by a randomized controlled study.

Key Words

Fibromyalgia ; Pain Center ; Rehabilitation Center ; multidisciplinary management ; Return to work ; Sick leave ; Quality of life.

Table des matières

Table des matières	6
I. Introduction	7
1. La fibromyalgie : état actuel des connaissances	7
1.1.Epidémiologie et hypothèses physiopathologiques	7
1.2.Critères diagnostiques actuels	5
1.3.Critères de gravité	7
1.4.Coût pour la société	8
1.5.Prise en charge actuelle du patient fibromyalgique	10
2. Hypothèse et objectif de l'étude	14
II. Matériel et méthodes	14
1. Type d'étude	14
2. Population étudiée	15
3. Choix des critères de jugement	16
3.1.Critère principal : le retour au travail et le maintien dans l'emploi	16
3.2.Critères secondaires : la qualité de vie	17
4. Nature de la prise en charge proposée	20
4.1.Prise en charge pluridisciplinaire	
en Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD)	20
4.2.Prise en charge pluridisciplinaire	
en Centre de Rééducation Fonctionnelle (CRF)	27
5. Recueil de données et analyse statistique	30
III. Résultats	32
1. Description de la population	32
1.1.Modalités de recours à la filière de soins CETD-CRF	32
1.2.Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles	32
1.3.Caractéristiques médicales	34
2. Efficacité à 12 et 24 mois de la prise en charge en filière pluridisciplinaire CETD-CRF	35
2.1.Retour au travail et maintien dans l'emploi	35
2.2.Démarches entreprises en vue d'un retour au travail	36
2.3.Facteurs prédictifs du retour au travail	38
2.4.Qualité de vie	39
IV. Discussion	42
1. Efficacité de notre filière de soins CETD-CRF	42
2. Aspects méthodologiques et limites de notre étude	42
3. Comparaison avec d'autres études	45
V. Conclusion et perspectives	45
Bibliographie	49
Annexes	58

I. Introduction

1. La fibromyalgie : état actuel des connaissances

1.1. Epidémiologie et hypothèses physiopathologiques

La fibromyalgie est une pathologie douloureuse chronique relativement fréquente qui concerne entre 1,3 et 2,5 % de la population générale [1-5], avec une nette prédominance féminine (plus de 80%). Toutes les tranches d'âge peuvent être touchées, mais c'est entre 20 et 60 ans qu'elle est la plus fréquemment décrite. Elle peut entraîner un handicap important, avec une altération importante de la qualité de vie, des capacités fonctionnelles ainsi que de l'insertion socio-professionnelle. En découlent des coûts directs et indirects élevés qui en font actuellement un problème important de santé publique dans les pays développés.

La fibromyalgie a longtemps été apparentée aux troubles psychosomatiques. Même si, à ce jour, sa physiopathologie n'est toujours pas entièrement connue, des études récentes avancent des explications somatiques à ce syndrome. Les recherches actuelles semblent notamment s'orienter vers un dysfonctionnement de la perception de la douleur au niveau du système nerveux central avec des phénomènes d'hyperalgie et d'allodynie, imputés à une exacerbation du phénomène de sensibilisation du deuxième neurone impliquant les récepteurs NMDA [6]. La diminution du flux sanguin cérébral au niveau des noyaux gris centraux mise en évidence dans certaines études reflèterait une réduction des processus centraux d'inhibition de la transmission douloureuse [7-9]. L'IRM fonctionnelle a récemment permis de mettre en évidence une augmentation du décodage du message douloureux au niveau des structures corticales et sous-corticales [10, 11].

1.2. Critères diagnostiques actuels

D'un point de vue clinique, le syndrome fibromyalgique se caractérise par des douleurs diffuses débutant généralement au niveau du cou et des épaules, pour s'étendre ensuite au reste du corps, notamment, au dos, au thorax, aux bras et aux jambes. Ces douleurs sont permanentes, aggravées par les efforts, le froid, l'humidité, les émotions ou le manque de

sommeil, et s'accompagnent généralement de raideur matinale [12]. Une fatigue chronique est signalée par plus de 9 patients sur 10, prédominant le matin, peu sensible au repos et en apparence inexpliquée [13]. Les troubles du sommeil sont également quasi-constants. En effet, 90% des patients signalent un sommeil léger et non réparateur [14].

D'autres symptômes peuvent également compléter cette triade : colopathie fonctionnelle, céphalée de tension ou migraine, douleurs régionales atypiques (pelviennes, thoraciques), paresthésies des extrémités, troubles uro-gynécologiques (cystalgie à urines claires, mictions impérieuses, dysménorrhée, dyspareunie), dystonie temporo-mandibulaire, dysautonomie avec hypotension orthostatique, syndrome sec, anxiété, dépression, troubles cognitifs [14].

Aucune anomalie biologique ou radiologique n'accompagne ces symptômes [14]. On retrouve fréquemment un facteur déclenchant. Il peut s'agir d'un traumatisme psychique ou physique.

En 2010, l'*American College of Rheumatology* (ACR) (*cf annexe n° 1*) a proposé une méthode alternative de diagnostic à celle qu'il avait proposée en 1990 [15]. En effet, les critères diagnostiques de 1990 (*cf annexe n°2*) comportaient de nombreuses limites dont l'absence de prise en compte des symptômes associés au syndrome douloureux. Ils étaient exclusivement basés sur l'appréciation de points douloureux, nécessitant un examinateur entraîné [16, 17]. Ces points douloureux étaient variables dans le temps et fonction du degré d'anxiété du patient [18]. De plus, ces critères avaient pour conséquence de ne diagnostiquer que les formes sévères de la maladie. Dans l'étude de 2010 [19], l'ACR a abandonné le repérage manuel des points douloureux. C'est le patient qui indique par auto-évaluation l'existence ou non d'une douleur au niveau de 19 sites corporels définis, sans appréciation de son intensité. A cela est combinée la recherche des trois symptômes souvent associés et fréquemment rapportés dans la littérature : la fatigue, la sensation de non-repos au réveil et l'existence de symptômes cognitifs. Le troisième critère diagnostique est la présence ou non des nombreux autres symptômes somatiques. Tous ces symptômes doivent être présents pendant au minimum 3 mois.

On peut retrouver un tableau clinique compatible avec le diagnostic de fibromyalgie dans le cadre d'autres pathologies telles que la polyarthrite rhumatoïde [20, 21], le lupus érythémateux systémique [22, 23], le syndrome de Gougerot-Sjögren [24], les porteurs d'anticorps anti-thyroïdiens [25] ou l'insuffisance thyroïdienne [26].

L'existence d'une forte comorbidité psychiatrique est indéniable. De nombreux symptômes exprimés par le patient fibromyalgique peuvent évoquer un syndrome dépressif. Cependant, les éléments de dévalorisation, d'auto-accusation ou de perte de l'élan vital, ainsi que les propos suicidaires sont souvent absents [14]. Néanmoins, des antécédents de dépression sont retrouvés chez 50 à 70% des patients fibromyalgiques [27, 28] et l'existence d'un véritable syndrome dépressif doit être abordée dans un contexte interactif [29]. En effet, le lien de causalité et de renforcement mutuel entre douleur chronique et syndrome dépressif est démontré [29]. On peut avoir le même raisonnement pour l'association de la fibromyalgie avec les troubles anxieux. On retrouve fréquemment des états anxieux marqués, avec une appréhension de l'avenir associée des idées de catastrophisme concernant notamment les répercussions éventuelles du syndrome douloureux [14]. Des événements de vie traumatisants précoces, en particulier violences et abus sexuels, sont souvent rapportés par les patients fibromyalgiques [30]. Il semble en effet exister un lien important entre état de stress post-traumatique et fibromyalgie [14, 29].

1.3. Critères de gravité

La prise en charge du patient doit être adaptée au niveau de sévérité du syndrome fibromyalgique. Mais il n'en existe pas de définition claire.

Dans les années 1990, un index composite a été mis au point : le *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ). Le FIQ est un questionnaire auto-administré mesurant le retentissement du syndrome fibromyalgique sur les capacités fonctionnelles du patient [31]. Cet instrument a été traduit, validé et adapté en français sous le nom de Questionnaire de mesure de l'Impact de la Fibromyalgie (QIF) [32] (*cf annexe n°3*).

En 2009, *Bennett et al.* ont proposé, en s'appuyant sur ce questionnaire, une classification du syndrome fibromyalgique selon trois degrés de sévérité [33] :

- Forme légère : FIQ < 39 (douleurs d'intensité modérée, pas de retentissement psychologique, insertion socio-professionnelle correcte, absence de sédentarité)

- Forme modérée : FIQ > ou = 39 et < 59 (douleurs importantes avec un retentissement psychologique notable, activités physiques restreintes. Si le patient travaille, il a des difficultés à assumer les efforts physiques et est régulièrement en arrêt de travail. Sa vie sociale est altérée.)
- Forme sévère : FIQ > ou = 59 (syndrome douloureux sévère, patient dépressif ou anxieux. Le patient n'exerce aucune activité physique et la désinsertion socio-professionnelle est totale.)

Cette graduation est arbitraire et demande à être confirmée par d'autres études. Néanmoins, elle permet d'adapter la prise en charge des patients.

Les patients douloureux chroniques développent un système de croyances spécifiques autour de leur douleur (croyances de catastrophisme, de handicap et de mystère autour de la douleur) [34]. Ces croyances entraînent des conduites d'évitement qui expliquent nombre de passages à la chronicité [35]. Ainsi, les douleurs intenses ne sont pas nécessairement les plus invalidantes. L'importance de ces peurs, croyances et conduites d'évitement est un facteur prédictif de difficultés de retour à l'emploi. Une des solutions à mettre en place pour lutter contre elles est l'information et l'éducation du patient. L'acceptation de sa douleur chronique par le patient favorise une moindre perception de son intensité, une moindre interférence dans ses activités de la vie quotidienne et une meilleure activité globale à moyen terme [36]. Elle est associée à moins d'anxiété et de conduites d'évitement, moins de dépression, un handicap physique et psychosocial moins marqué, un séjour quotidien au lit moins long et un meilleur statut professionnel. Une prise en charge active par le patient lui-même serait donc gage de meilleurs résultats dans le contrôle de la douleur et son retentissement sur la vie courante [37]. Ce rôle actif donné au patient dans le processus d'acceptation de sa douleur lui permettrait de poursuivre et de renforcer son niveau d'activité dans la vie quotidienne [38].

1.4. Coût pour la société

Les patients fibromyalgiques représentent un coût élevé pour la société. Cette pathologie invalidante touche une population relativement jeune et en âge de travailler ; son impact

économique est surtout secondaire à la baisse de productivité et à l'absentéisme des patients. Dans le *Medical Disability Advisor* (6^{ème} édition, 2009) [39], la durée d'arrêt de travail pour un syndrome fibromyalgique aux Etats-Unis est en moyenne de 65 jours par an avec une médiane à 42 jours ; 6,2% des patients étaient en arrêt de travail depuis plus de six mois. Il est précisé que la durée d'arrêt de travail est dépendante du type d'emploi occupé. Faute d'études rigoureuses, les facteurs influençant la durée d'arrêt de travail n'y sont pas décrits.

Une étude allemande de 2011 réalisée auprès de 299 patients allemands et français estime le coût annuel moyen d'un patient fibromyalgique français à 7900 €. Ce coût se répartit en 910 € de frais directs (médicaments, consultations médicales, examens complémentaires, etc.) et 6990 € de frais indirects, représentés par les indemnités journalières et la baisse de productivité. La durée annuelle moyenne d'arrêt de travail est estimée à 32,4 journées. Ce coût est variable en fonction de la gravité de la fibromyalgie. Ainsi, une fibromyalgie sévère coûtera 200 % de plus qu'une fibromyalgie de sévérité moyenne (sévérité déterminée en fonction des résultats du FIQ). Le coût des patients allemands est similaire aux patients français [40]. D'autres études réalisées aux Etats-Unis [41, 42], en Espagne [43] et aux Pays-Bas [44] mettent également en évidence le coût élevé représenté par ces patients.

En France, du fait la faible utilisation du codage de la pathologie (M79.7), il est difficile d'obtenir des chiffres précis concernant le nombre et la durée des arrêts de travail dans cette population. Lors d'enquêtes menées par la Haute Autorité de Santé (HAS), environ 8% des patients diagnostiqués fibromyalgiques ont eu un arrêt de travail dans l'année (entre 2005 et 2008) dont 20 à 30% avec deux ou trois arrêts et 10 à 18% avec plus de cinq arrêts [45]. Dans les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur, une proportion de 20% de patients en arrêt de travail et 18% en invalidité était retrouvée.

La fibromyalgie ne fait actuellement pas partie de la liste des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse justifiant une prise en charge à 100 % (« ALD 30 »). Néanmoins les patients souffrant de fibromyalgie peuvent bénéficier d'une prise en charge à 100 % des soins et traitements liés à cette affection, au titre des affections « hors-liste » en cas de formes évolutives et invalidantes. Pour les travailleurs salariés, une invalidité de 1^{re} ou 2^{nde} catégorie peut dans certains cas être accordée.

1.5. La prise en charge actuelle du patient fibromyalgique

➤ Dans la littérature internationale

Il y a peu de données dans la littérature internationale sur l'efficacité, en termes de retour au travail, des prises en charge multidisciplinaires en centre de lutte contre la douleur ou en centre de rééducation fonctionnelle.

Nombre de publications recommandent une prise en charge pluridisciplinaire des patients fibromyalgiques. Néanmoins elle n'a pas de définition unanime. Certains la définissent comme comportant une intervention fondée sur l'exercice, d'autres comme comportant au moins une intervention psychothérapeutique associée à de l'exercice, ou encore comme comportant un programme d'éducation thérapeutique associé à de l'exercice. De plus, le contenu de ces prises en charge varie en fonction du pays où elles sont mises en œuvre. Ceci étant, la place des exercices de rééducation est prépondérante dans nombre d'entre elles. De nombreuses publications ont également un faible niveau de preuve du fait de limites méthodologiques telles que, par exemple, l'impossibilité de double-aveugle ou la courte durée de suivi des patients.

Plusieurs revues de la littérature et méta-analyses rapportent des effets bénéfiques sur la douleur et les autres symptômes physiques (fatigue, trouble de l'humeur, endurance) à court terme de ces programmes pluridisciplinaires, avec des résultats plus réservés à moyen terme (6 à 12 mois de suivi) [46-48]. Malheureusement, le retour au travail de ces patients est un critère d'évaluation peu étudié.

Par ailleurs, il est intéressant de citer une étude espagnole publiée en 2009. Celle-ci inclut 98 patients fibromyalgiques ayant bénéficié d'un programme de prise en charge hospitalier multidisciplinaire de leur douleur [49]. Ils ont pu bénéficier de séances d'éducation thérapeutique, de traitements médicamenteux, d'une thérapie cognitivo-comportementale, de thérapies physiques (TENS, exercices aérobies, etc.) et occupationnelles (ergonomie, adaptations du poste de travail, etc.) pendant 4 semaines, à raison de 3 jours par semaine et 5 heures par jour. Le retour au travail est évalué au décours de cette prise en charge avec un suivi à 12 mois. 59% des patients sont retournés au travail au décours de cette prise en charge

et 53% à 12 mois. Les critères d'inclusion des patients dans cette étude sont peu restrictifs. En effet, la population étudiée n'est pas limitée à des fibromyalgiques sévères (durée moyenne d'arrêt de travail de 6,2 mois, exclusion des patients consommant des médicaments dépendogènes avec un profil addictif, etc.).

Nous n'avons malheureusement trouvé aucune publication évaluant un programme pluridisciplinaire équivalent à une prise en charge en centre de la douleur puis en centre de rééducation fonctionnelle.

➤ **Recommandations des sociétés savantes**

En 2007, l'EULAR (*EUropean League Against Rheumatism*) a actualisé ses recommandations sur la prise en charge des patients fibromyalgiques [50]. Elles sont résumées dans le tableau n°1.

D'autres recommandations ont également été publiées, notamment un consensus professionnel canadien en 2003 [51] et des recommandations allemandes en 2008 [52]. Ces deux documents insistent sur une prise en charge graduée en fonction de la sévérité des symptômes (sans définition précise de critères de sévérité) et de la réponse aux traitements déjà entrepris. Ils proposent également une démarche pluridisciplinaire alliant exercices, prises en charge psychologique et médicamenteuse, le tout associé à une éducation du patient vis-à-vis de sa maladie.

Tableau n°1 : Recommandations de l'EULAR pour la prise en charge du syndrome fibromyalgique.

Recommandations	Niveau de preuve	Puissance
La compréhension globale de la fibromyalgie nécessite une évaluation de la douleur, de la fonction et du contexte psycho-social. La fibromyalgie devrait être reconnue comme un syndrome complexe et hétérogène comportant un processus de perception anormale de la douleur associé à d'autres symptômes.	IV	D
La prise en charge thérapeutique optimale justifie une approche multidisciplinaire associant des mesures non pharmacologiques et des traitements médicamenteux : ces modalités doivent prendre en compte l'intensité douloureuse, la fonction, les symptômes associés tels que la dépression, la fatigue, les troubles du sommeil (en concertation avec le patient).	IV	D
La balnéothérapie avec ou sans exercice est efficace dans la fibromyalgie.	IIa	B
Les programmes d'exercices individualisés comportant des exercices en aérobie et des exercices de renforcement peuvent être bénéfiques chez certains patients fibromyalgiques.	IIb	C
Les thérapies cognitivo-comportementales peuvent être bénéfiques chez certains patients.	IV	D
D'autres modalités thérapeutiques telles que la relaxation, la rééducation, la physiothérapie et la psychothérapie de soutien peuvent être utiles et envisagées selon les besoins du patient.	IIb	C
Le tramadol est conseillé pour la prise en charge de la douleur.	Ib	A
D'autres antalgiques tels que le paracétamol ou certains opioïdes mineurs peuvent aussi être envisagés. La corticothérapie et les opioïdes forts ne sont pas conseillés.	IV	D
Les antidépresseurs tels l'amitriptyline, la fluoxétine, la duloxétine, le milnacipran, le moclobémide et le pirlindole réduisent la douleur et améliorent la fonction et sont donc conseillés dans le traitement de la fibromyalgie.	Ib	A
La tropisetron, le pramipexole et la pregabaline diminuent la douleur et sont donc également recommandés.	Ib	A

➤ **Recommandations françaises**

Au niveau national, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en 2010 un rapport d'orientation sur le syndrome fibromyalgique de l'adulte [45]. Ce rapport propose une prise en charge en deux niveaux d'intervention, adaptée à la sévérité et au retentissement du syndrome fibromyalgique. Une évaluation initiale du retentissement des symptômes sur la réalisation des activités de la vie quotidienne est réalisée avec l'aide du *Fibromyalgia Impact Questionnaire*. L'efficacité des prises en charge précédentes (médicamenteuse ou non) ainsi que l'utilité de chaque traitement délivré (bénéfices, effets indésirables, coût) doivent également être évaluées.

Dans les formes les moins sévères de la maladie, la prise en charge de premier niveau doit comprendre des exercices permettant une diminution de la douleur, augmentant la capacité physique et améliorant le bien-être à court terme, associés à une éducation du patient concernant notamment la prévention des situations aggravant les symptômes et, au cas par cas, à une prise en charge psychologique.

La prise en charge de second niveau s'adresse à des patients présentant de sévères limitations dans les activités de la vie quotidienne et ne réagissant plus à un traitement unique (médicamenteux ou non) dans un délai de 4 à 6 mois. Elle se caractérise par une prise en charge pluridisciplinaire, après avis d'un spécialiste ou dans une structure spécialisée dans la prise en charge de la douleur. Elle comporte des exercices physiques, une éducation du patient avec apprentissage de techniques afin de faire face au mieux aux symptômes et à leurs conséquences, l'apprentissage d'exercices afin de maintenir ses capacités physiques, l'éducation à la bonne utilisation des médicaments, etc. des interventions de soutien d'un projet personnalisé de reprise et de maintien de l'activité, voire une thérapie cognitivo-comportementale avec recours à un psychologue ou à un psychiatre, des interventions de maintien de l'activité physique et de motivation, et enfin une intervention du médecin de la médecine préventive afin d'adapter le poste de travail.

Malheureusement, les recommandations issues de ce rapport semblent incomplètes et les modalités précises de prise de décision et d'intervention ne sont pas décrites, tant sur la prise

en charge médicamenteuse que non-médicamenteuse (rééducation, psychologique, professionnelle).

2. Hypothèse et objectif de l'étude

Les patients présentant un syndrome fibromyalgique sévère sont fortement handicapés par leur maladie et représentent un coût élevé pour la société. La prise en charge de cette population est peu décrite et peu évaluée dans la littérature internationale, surtout en termes de retour et de maintien au travail.

Nous avons mis en place depuis plusieurs années une filière de soins originale, hospitalière et séquentielle pour ces patients : la prise en charge se fait initialement en Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur puis en Centre de Rééducation Fonctionnelle.

Quelle est la place d'une telle prise en charge hospitalière lourde et coûteuse, mise en œuvre chez des patients fibromyalgiques sévères, fortement handicapés et donc coûteux ?

L'objectif de cette étude est d'évaluer cette filière de soins en termes de retour et de maintien au travail ainsi que d'amélioration de la qualité de vie du patient.

II. Matériel et Méthodes

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, ouverte et non comparative, portant sur **l'ensemble des patients** souffrant de fibromyalgie, ayant bénéficié de la filière de soins hospitalière et séquentielle « Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes (seule structure de prise en charge de la douleur chronique de niveau III de la région Pays de la Loire) - Centre de Rééducation Fonctionnelle » de 2005 à 2009.

2. Population étudiée

➤ Critères d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude les patients présentant les caractéristiques suivantes :

- âge supérieur à 18 ans et inférieur à 50 ans,
- patients présentant un syndrome fibromyalgique depuis plus de 6 mois, respectant les critères diagnostiques de l'ACR de 1990,
- en arrêt de travail depuis plus de 6 mois et moins de 24 mois,
- caractère rebelle du syndrome fibromyalgique, malgré les différentes prises en charge entreprises,
- origine des patients : patients hospitalisés entre 2005 et 2009 au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes et adressés initialement par le réseau de ville (médecins généralistes et spécialistes) ou hospitalier (Centre de Rééducation Fonctionnelle, Service de Rhumatologie, de Médecine Interne, etc.).

➤ Critères d'exclusion

Ont été exclus :

- les patients de moins de 18 ans ou de plus de 50 ans, ainsi que les inactifs,
- les patients présentant un syndrome fibromyalgique secondaire.

Cette population a été divisée en 2 sous-groupes d'étude : ceux en arrêt de travail de 6 à 12 mois (groupe 6-12 M) et ceux en arrêt de travail de 12 à 24 mois (groupe 12-24 M).

3. Choix des critères de jugement

3.1. Critère principal : le retour au travail et le maintien dans l'emploi

Le retour au travail et le maintien dans l'emploi sont des critères majeurs d'efficacité de la prise en charge des patients fibromyalgiques, tant du point de vue du patient que de celui de la société [45]. L'abord socioprofessionnel des patients douloureux chroniques constitue un des aspects prioritaires de leur prise en charge globale [53].

Peu de travaux ont évalué l'impact des interventions professionnelles sur le devenir des patients fibromyalgiques. Néanmoins, il est intéressant de citer une étude suédoise qui a mis en évidence que malgré une diminution des capacités de travail, le maintien dans l'emploi était possible grâce à la compréhension de l'employeur et à l'aménagement individualisé du poste de travail [54].

Il existe différents moyens d'intervention pour aménager les postes de travail :

- les adaptations quantitatives : temps partiel thérapeutique et aménagement d'horaires,
- les adaptations qualitatives : aménagement du poste de travail (pas de port de charges lourdes, utilisation d'aides techniques par exemple), changement de poste de travail et reclassement professionnel.

Ces différentes adaptations peuvent être assistées par certaines démarches en vue d'une reprise du travail comme l'appui de la MDPH (Maison Départementale de la Personne Handicapée) via des aides aussi bien aux entreprises qu'aux salariés. En effet, via la MDPH, les patients peuvent bénéficier d'une Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) pouvant déboucher sur des contributions (humaines, financières, etc.) aux entreprises dans l'optique d'une adaptation de poste, ou aux salariés pour favoriser une reconversion professionnelle. A l'heure actuelle aucune étude n'a montré l'efficacité de ces interventions [55]. Néanmoins, l'association du médecin du travail au réseau de soins prenant en charge le patient fibromyalgique est nécessaire afin de favoriser la réinsertion socioprofessionnelle dans les meilleures conditions.

Dans notre étude, le retour au travail est défini comme la fin de l'arrêt de travail, c'est-à-dire l'arrêt du versement des indemnités journalières par la Sécurité Sociale et par conséquent le retour sur le marché du travail.

Nous prendrons également en compte :

- le niveau d'étude (Brevet des collèges, CAP, BEP, Baccalauréat, études supérieures),
- la catégorie socioprofessionnelle, en utilisant le premier niveau de la nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles de l'INSEE de 2003 (PCS-2003), la taille de notre échantillon ne nous permettant pas d'utiliser les autres niveaux plus détaillés de cette PCS-2003 (*cf annexe n°4*),
- la durée de l'arrêt de travail, en mois,
- les démarches entreprises en vue d'une reprise du travail (Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé, Réorientation, Formations Professionnalisantes ou Allocation Adulte Handicapé),
- l'invalidité éventuelle auprès de la Sécurité Sociale, quand les capacités restantes sont réduites.

A 12 et 24 mois, nous nous attacherons plus particulièrement à rechercher, en plus des paramètres déjà cités :

- le retour au travail en identifiant le poste et l'entreprise, pour en connaître un éventuel changement,
- les démarches entreprises (adaptations quantitatives ou qualitatives évoquées plus haut).

3.2. Critères secondaires : la qualité de vie

➤ La douleur

Selon l'*International Association for the Study of Pain* (IASP), la douleur peut être décrite comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite comme évocatrice d'une telle lésion. Cette définition fait ressortir les composantes sensorielles (nociceptives) et affectives de la douleur.

Cette dimension est systématiquement évaluée dans la littérature. Le plus souvent, elle l'est via l'Echelle Visuelle Analogique (EVA sur 10), car standardisée, reproductible, unidimensionnelle et pouvant être mesurée fréquemment. C'est ce critère que nous avons retenu dans ce travail.

➤ **Les critères physiques : la fonction**

L'évaluation de la dimension fonctionnelle est un facteur majeur à prendre en considération pour évaluer un patient fibromyalgique. Les échelles disponibles sont nombreuses et leurs propriétés métrologiques ont été démontrées. Les critères d'évaluation des dimensions physiques et fonctionnelles doivent être couplés aux autres critères prenant en compte les dimensions psychologiques, sociales et économiques.

Pour évaluer globalement la forme physique, nous avons étudié ici l'EVA fonction (sur 10).

➤ **Les critères psychologiques**

Les facteurs psychologiques sont les plus difficiles à étudier chez les patients fibromyalgiques. Pour autant, comme nous avons pu le voir dans la première partie de ce travail, ces facteurs sont indispensables à prendre en compte dans la genèse ou la pérennisation des symptômes. Il est admis que toute douleur chronique s'accompagne inmanquablement de modifications relationnelles du sujet avec son environnement mais aussi de modifications de la perception que ce sujet a de lui même.

Parmi les critères psychologiques, plusieurs composantes peuvent être explorées : la dépression, l'anxiété, la personnalité, l'estime de soi, le *copying* (stratégies d'adaptation développées par le patient face à la douleur, celles-ci pouvant être utilisées pour montrer l'intérêt d'un renforcement positif des stratégies liées à un contrôle actif).

Nous avons ici utilisé l'HAD (*Hospital Anxiety and Depression*), échelle permettant de mesurer à la fois la dépression et l'anxiété [56]. Les critères de définition de l'existence d'un

syndrome anxieux et/ou dépressif sont des scores anxiété et/ou dépression supérieurs ou égaux à 11 sur 21 (*cf annexe n°5*).

Nous avons également utilisé l'EVA sommeil (sur 10), étant donné que les troubles du sommeil sont fréquents chez les patients fibromyalgiques et peuvent avoir à long terme des répercussions sur le moral et la qualité de vie.

Pour évaluer les peurs et les croyances des patients fibromyalgiques vis-à-vis de leurs activités physiques et professionnelles, nous avons utilisé le *Fear Avoidance and Belief Questionnaire* (FABQ) [57, 58] (*cf annexe n°6*). Il s'agit d'un auto-questionnaire développé pour mesurer les peurs et les croyances des lombalgiques concernant leur rachis lombaire. C'est par analogie entre ces deux pathologies que nous avons eu recours à ce questionnaire, malgré son absence de validation dans la fibromyalgie. Deux sous-scores peuvent être calculés : les peurs et croyances concernant les activités physiques en général, et les peurs et croyances concernant les activités professionnelles.

➤ Les indices de répercussion de la douleur dans la vie quotidienne

L'outil validé et le plus souvent utilisé pour évaluer la répercussion du syndrome fibromyalgique sur la qualité de vie est le FIQ [31] (ou QIF dans sa version validée en français [32]). Malheureusement, nous n'avons pas pu l'utiliser dans notre travail du fait de l'absence de son utilisation systématique.

Dans ce travail, nous avons utilisé le Questionnaire Concis sur Les Douleurs (QCD) (*cf annexe n°7*), qui est une évaluation multidimensionnelle du retentissement de la douleur sur le comportement. Cet auto-questionnaire a été retenu comme critère de base pour l'évaluation et le suivi des patients douloureux chroniques dans les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) de 1999 [56]. Cette échelle étudie les répercussions de la douleur dans la vie quotidienne en mesurant différentes EVA (sur 10).

Nous avons retenu les critères suivants dans ce QCD :

- EVA des activités générales,
- EVA de l'humeur,

- EVA capacité à marcher,
- EVA travail habituel (y compris les travaux à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques),
- EVA relation avec les autres,
- EVA goût de vivre.

➤ **Consommation de médicaments dépendogènes**

Il a été largement démontré que les traitements médicamenteux générateurs de dépendance et/ou altérant la vigilance et/ou les fonctions supérieures rendent difficiles toute réadaptation socioprofessionnelle chez le douloureux chronique.

La rationalisation des thérapeutiques (diminution des doses ou arrêt de ces traitements) est un objectif à moyen terme de la prise en charge, et doit être maintenu dans la durée (éducation du patient), en particulier pour les morphiniques forts (de palier III de l'OMS), les benzodiazépines et les somnifères.

Ce sont donc ces trois classes de thérapeutiques que nous étudierons dans ce travail, en précisant l'existence ou non d'une addiction.

4. Nature de la prise en charge proposée

4.1. Prise en charge pluridisciplinaire au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD)

➤ **Description du CETD du CHU de Nantes**

Le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes est une structure de lutte contre la douleur chronique rebelle non cancéreuse de niveau III.

En France, depuis 1998, la pluridisciplinarité est une condition impérative d'identification et de reconnaissance par les autorités de tutelle des structures de lutte contre la douleur, classées en 3 niveaux de prise en charge :

- Niveau I : consultations (comportant obligatoirement un neurologue ou neurochirurgien, un algologue et un psychiatre),
- Niveau II : Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, avec lits d'hospitalisation et plateau technique,
- Niveau III : Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, qui associe, aux structures des niveaux précédents, des activités d'enseignement et de recherche sur la douleur.

Le CETD du CHU de Nantes associe :

- des consultations pluridisciplinaires de la douleur,
- une unité d'hospitalisation de semaine de 7 lits où interviennent 4 médecins algologues,
- une Equipe Mobile Douleur,
- un plateau technique avec un bloc opératoire où peuvent être réalisés des gestes algologiques,
- une activité de recherche et d'enseignement sur la douleur.

Interviennent dans la structure :

- des médecins : 4 algologues dont un rhumatologue et un ostéopathe thérapeute manuel ; un médecin rééducateur ; un psychiatre,
- un cadre de santé infirmier avec une équipe infirmière, formée et motivée,
- une kinésithérapeute à temps plein,
- deux psychologues à temps partiel,
- d'autres soignants : un médecin du travail, un médecin conseil de la Sécurité Sociale, une assistante sociale, une diététicienne.

➤ **Conditions d'admission**

Les patients sont adressés au CETD par un médecin (libéral ou hospitalier, généraliste ou spécialiste). Chaque patient bénéficie initialement de deux consultations (l'une avec le

médecin algologue et l'autre avec un des psychologues du centre) pour évaluer les attentes et demandes du patient et établir un contrat de soins.

Dans la suite de ces consultations, se décide en concertation avec le patient, une stratégie thérapeutique à adopter : prise en charge en ambulatoire lorsque le caractère du cas est bénin ou lorsqu'un seul avis diagnostic et/ou thérapeutique est sollicité ; prise en charge en milieu hospitalier dans le cas de douleurs chroniques rebelles, invalidantes avec fortes répercussions tant physiques que sociales, psychologiques, professionnelles (particulièrement en cas d'arrêt de travail prolongé) ou familiales.

Dans tous les cas, l'adhésion et la motivation du patient à cette stratégie de soin sont indispensables et évaluées lors de ces consultations.

Les patients reçoivent alors un document expliquant les modalités de cette prise en charge en milieu hospitalier ainsi que les fonctions des différents intervenants.

➤ **Organisation de la prise en charge au CETD**

Les centres de traitement des douleurs chroniques ont une organisation et un fonctionnement multidisciplinaires, ce qui est indispensable pour intégrer l'ensemble des facteurs somatiques et psychosociaux et appliquer des thérapeutiques multimodales, combinant techniques médicales, réadaptatives et psycho-comportementales. [59]

L'unité de lieu et de temps représente un élément essentiel d'efficacité.

Les différents intervenants lors de cette hospitalisation sont tous formés sur l'évaluation et la prise en charge des patients douloureux chroniques.

Elle a lieu lors d'une hospitalisation de semaine de deux fois 5 jours. Les deux semaines sont le plus souvent consécutives. Dans certains cas cependant, un ajournement de la deuxième semaine peut être décidé lors d'une réunion pluridisciplinaire associant les différents intervenants médicaux et paramédicaux. Entre les deux semaines, le patient retourne à son domicile.

La première semaine est consacrée à la mise en œuvre des différentes thérapeutiques tant médicamenteuses que physiques ou psychologiques ; la deuxième semaine, à l'adaptation des thérapeutiques ainsi qu'à une réflexion sur la réinsertion socioprofessionnelle, avec définition d'un projet de soins à la sortie du CETD.

Une fois par semaine a lieu une réunion pluridisciplinaire à laquelle participent les médecins (algologues, psychiatre, interne) mais aussi les psychologues, l'assistante sociale, la diététicienne, la kinésithérapeute, les infirmières et les aide-soignantes du service. Les stratégies de prise en charge pendant l'hospitalisation et à son décours y sont décidées.

Toutes les données collectées sur les patients avant, pendant et après l'hospitalisation sont regroupées dans un dossier médical pluridisciplinaire unique permettant à l'ensemble des soignants d'être informé en temps réel des voies de réflexions de chacun.

➤ **Education du patient**

Des informations sur la maladie et son traitement sont données au patient et à son entourage par l'équipe avec l'aide de divers documents pédagogiques et des associations de malades. Des groupes d'éducation thérapeutique sont également organisés durant l'hospitalisation. Ils permettent d'évaluer les connaissances du patient et de délivrer une information adaptée. Elle a pour but d'aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec la maladie et de favoriser la participation aux soins et l'observance thérapeutique. [60]

➤ **Abord médical**

Un interne préparant un DESC de médecine de la douleur et un médecin algologue assurent des visites quotidiennes dans l'unité d'hospitalisation. Une visite pluridisciplinaire est réalisée de façon hebdomadaire avec, en plus du médecin algologue et de l'interne, un médecin rééducateur et un psychologue.

En fonction des symptômes et de leur intensité ainsi que de l'efficacité des différents traitements antérieurs ou actuels, le traitement médicamenteux est adapté. L'objectif est de limiter les symptômes (douleur, fatigue, etc.) afin de permettre une amélioration de la qualité de vie et le maintien (ou la reprise) d'une activité, ainsi que de limiter la prise de médicaments dépendogènes.

Le traitement médicamenteux fait appel aux antalgiques de palier I et II. Le paracétamol seul étant rarement efficace [14], il est couramment associé au tramadol, seul antalgique à avoir prouvé son efficacité dans la fibromyalgie [61]. Cette association permet également de diminuer les effets indésirables du tramadol [62]. Les antalgiques de palier III ne sont pas utilisés [50], ni les anti-inflammatoires stéroïdiens et non stéroïdiens qui n'ont pas démontré d'efficacité ; de plus l'utilisation de ces molécules est associée à des effets indésirables majeurs [50].

Le recours aux co-analgésiques est fréquent. L'amitriptyline, antidépresseur tricyclique, est largement utilisé pour ses effets sur les troubles du sommeil, la fatigue et le bien-être ainsi que pour son action modulatrice de la douleur [14]. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (fluoxétine, citalopram) [63] et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (duloxétine, venlafaxine et milnacipran) sont également employés avec l'avantage d'une meilleure tolérance que les tricycliques [64-66]. Nous utilisons également la pregabaline, antiépileptique de seconde génération, qui a démontré son efficacité sur les douleurs, le sommeil et l'anxiété, au prix d'effets indésirables fréquents (sommolence, vertiges, prise de poids) [67, 68], ainsi que la gabapentine qui est également efficace dans le traitement des symptômes de la fibromyalgie [69].

La prescription d'anxiolytiques (notamment benzodiazépine) est évitée du fait d'effets indésirables importants à type de troubles de la mémoire et de dépendance [45]. La prescription de clonazépam, benzodiazépine d'utilisation fréquente chez les patients douloureux, vient d'être limitée par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé (AFSSAPS). Il nécessite maintenant une prescription sur ordonnance sécurisée et pour une durée maximale de 12 semaines. A partir du 2 janvier 2012, sa prescription initiale sera restreinte aux neurologues et aux pédiatres.

Les hypnotiques sont utilisés en cas d'insomnie aiguë, sur une courte durée, selon les recommandations en vigueur [45]. Néanmoins, pour lutter contre les troubles du sommeil, on préfère utiliser l'action sédatrice des antidépresseurs tricycliques ou des anxiolytiques non benzodiazépine (type hydroxyzine ou buspirone).

Les divers médicaments cités peuvent être utilisés seuls ou en association.

➤ **Abord physique**

Cette partie de la prise en charge est adaptée aux capacités et à l'intensité de la douleur du patient, bien plus que pour les lombalgies chroniques, afin de favoriser l'adhésion du patient aux soins.

Le kinésithérapeute du centre réalise une prise en charge quotidienne des patients lors de séances individuelles ou en groupe. Des techniques antalgiques, de la physiothérapie (thermothérapie, massages [70]), des exercices de réentraînement à l'effort (étirements, exercices aérobies, renforcement musculaire) ainsi que l'apprentissage d'exercices d'auto-rééducation sont réalisés.

Une cession d'une heure de marche nordique en groupe est organisée tous les après-midi.

Il peut-être proposé aux patients une stimulation électrique transcutanée (TENS) avec délivrance d'une information claire sur le mode d'utilisation pour permettre la poursuite du traitement à domicile de façon optimale. [71]

Une fois par semaine, le médecin thérapeute manuel et ostéopathe propose aux patients des techniques de travail sur le schéma corporel en fonction de leurs désirs et de leurs antécédents en la matière.

Le médecin rééducateur intervient lors de la visite hebdomadaire pluridisciplinaire pour évaluer, conjointement avec l'équipe soignante et le patient, l'état de déconditionnement physique de ce dernier et la nécessité d'une prise en charge rééducative complémentaire, ambulatoire ou en centre.

➤ **Abord psychologique**

Les deux psychologues du centre, après avoir établi en amont l'hospitalisation un contrat d'objectifs pragmatiques concernant leur vie quotidienne, rencontrent les patients de manière individuelle deux à trois fois par semaine. Ils animent également un groupe de parole hebdomadaire. Ils peuvent être également à même de proposer d'autres techniques telles que les thérapies comportementales, avec réalisation d'objectifs clairs et pratiques.

Un psychiatre intervient à la demande de l'équipe pour rencontrer certains patients, le plus souvent en deuxième semaine, afin de réaliser une expertise et de rechercher des traits de personnalité contributifs ou des pathologies psychiatriques sous-jacentes, d'évaluer les répercussions psychologiques de la douleur chronique chez le patient et initier en cas de nécessité un traitement psychotrope adapté. Une prise en charge en thérapie cognitivo-comportementale peut être proposée par la suite au patient ; ce type de thérapie a montré un effet bénéfique sur les altérations de l'humeur [72], la douleur, le niveau de fonctionnement physique et la fatigue [45].

L'équipe soignante, infirmières et aide-soignantes, apporte un espace d'écoute pluriquotidien aux patients. Elles réalisent des évaluations de la douleur ainsi que de ses répercussions sur la vie quotidienne tant familiale, que sociale et professionnelle.

Des ateliers de relaxation, de sophrologie et d'hypnose, ayant pour but le relâchement des tensions musculaires, l'amélioration du sommeil, la réduction de l'anxiété et l'amélioration de l'estime de soi, sont également proposés.

Une séance d'art-thérapie est réalisée de façon hebdomadaire. En utilisant la création artistique comme moyen d'expression, l'art-thérapie fournit une représentation de l'état psychique du patient et aide à la verbalisation [73].

➤ **Abord socioprofessionnel**

Il est systématiquement proposé aux patients en âge de travailler. Un médecin du travail du service de Pathologie Professionnelle du CHU de Nantes, assisté d'un interne, rencontre le

patient pour évaluer avec lui son *curriculum laboris*, ses ressources actuelles, les possibilités d'adaptation à la fois qualitative et/ou quantitative de son poste de travail et les éventuelles voies de reconversion professionnelle.

Le médecin conseil de la Sécurité Sociale peut intervenir sur demande auprès des patients pour les informer sur leurs droits ou sur la mise en invalidité. Il peut les aider en cas de contentieux avec la Sécurité Sociale.

L'assistante sociale intervient également pour informer les patients sur les différentes aides auxquelles ils peuvent prétendre. Elle les aide à constituer leur dossier MDPH (Maison Départementale de la Personne Handicapée) et à contacter divers partenaires sociaux ou organismes de réinsertion.

4.2. Prise en charge pluridisciplinaire en Centre de Rééducation Fonctionnelle (CRF)

➤ Objectifs

On retrouve le plus souvent chez les patients fibromyalgiques un phénomène de déconditionnement à l'effort. En effet, pour essayer de réduire ses douleurs, le patient fibromyalgique va limiter son activité physique. Ceci a pour conséquence une kinésiophobie, une diminution de la tolérance à l'exercice, une baisse de la force musculaire associée à une amyotrophie, ainsi qu'une désadaptation cardiaque avec augmentation de la fréquence cardiaque à l'effort. [74] Un enraidissement articulaire et une diminution des capacités respiratoires sont également mis en évidence [75]. Tout ceci aboutit à un cercle vicieux entraînant inactivité et désinsertion socio-professionnelle.

L'objectif du programme de rééducation physique est la lutte contre ce déconditionnement à l'effort, la diminution de l'intensité des symptômes notamment douloureux ainsi que l'apprentissage de la gestion de ces symptômes. La réalisation d'une activité physique contrôlée doit conduire à la limitation progressive de l'inactivité et par conséquent favoriser la reprise des activités de la vie quotidienne, et même le retour au travail.

➤ **Nature de la prise en charge [76]**

Il s'agit également d'une prise en charge pluridisciplinaire faisant intervenir en plus des kinésithérapeutes et du médecin rééducateur, des ergothérapeutes, des psychologues, des psychomotriciens, ainsi qu'une diététicienne. Les infirmiers et aide-soignants sont également des acteurs importants de cette prise en charge : ils évaluent régulièrement les symptômes du patient ainsi que de leur intensité, et offrent un espace d'écoute privilégié.

Un entretien de pré-admission est initialement réalisé en consultation externe par le médecin rééducateur afin d'évaluer le retentissement fonctionnel des symptômes du patient, ainsi que ses attentes et sa motivation. Le protocole de prise en charge est expliqué et remis sous forme de brochure au patient.

La prise en charge rééducative du patient fibromyalgique se déroule sur une période de 5 semaines. Le patient est hospitalisé en hôpital de semaine, afin de lui permettre de se consacrer entièrement à sa rééducation, en le coupant de son milieu habituel et de ses obligations domestiques.

Il s'agit d'un programme d'activités fractionnées, d'intensité progressive, en aérobie. **L'adaptation du programme de rééducation aux capacités physiques, à l'intensité des douleurs et à la fatigue de chaque patient est un élément indispensable à prendre en considération, afin d'éviter la non-adhérence et la non-observance du patient. Cette notion est beaucoup plus importante pour cette population que pour le lombalgique chronique.** Il existe des possibilités de repos durant le programme, néanmoins une activité minimale est à maintenir même en période douloureuse. Cette prise en charge a fait la preuve de son efficacité sur la douleur, le bien-être global et les capacités physiques [77].

➤ **Le programme de rééducation proposé [76]**

L'abord kinésithérapique associe un travail de la flexibilité du rachis, de renforcement musculaire et d'endurance. Ces différents exercices sont priorisés selon le bilan de départ réalisé par le médecin rééducateur et réévalués régulièrement. Les patients réalisent également des exercices faisant travailler la proprioception.

Des exercices de *stretching* sont inclus dans la prise en charge. Le principe est de mettre en tension progressivement des groupes musculaires supposés rétractés ou trop courts. Ils concernent le cou, les épaules, le dos et les jambes.

Des massages sont également réalisés. Ils ont montré leur efficacité sur la douleur, l'anxiété, le sommeil et la qualité de vie [78]. Chez le patient fibromyalgique, ils doivent être doux et adaptés aux symptômes douloureux [79].

Un travail en balnéothérapie peut également être proposé. La balnéothérapie a pour objectif le reconditionnement à l'effort, l'amélioration de l'amplitude du mouvement et des sensations de mouvement des parties du corps, ainsi qu'un effet antalgique et décontracturant [45]. Elle conjugue l'effet portant de l'immersion dans l'eau, qui se manifeste, lorsque celle-ci a lieu au moins jusqu'aux épaules, aux effets de confort et de sédation apportés par la chaleur. Il n'y a pas de programme spécifique d'exercice. Elle permet de débiter plus tôt la rééducation, même chez les patients très douloureux.

Ce programme comporte également des séances de relaxation réalisées par les psychomotriciens de l'équipe, avec apprentissage des différentes techniques.

Les ergothérapeutes procèdent à une information sur la prise en charge de la fibromyalgie auprès des patients via différents moyens (remise d'un document écrit, planches anatomiques ou démonstrations sur squelette, etc.). Les patients réalisent et réapprennent une gestuelle, que ce soit pour les activités de la vie quotidienne ou pour celles de la vie professionnelle, ainsi que l'apprentissage d'une économie gestuelle. Les patients effectuent également un travail de réentraînement à l'effort auprès des ergothérapeutes.

Une évaluation globale avec mise en place de mesures spécifiques d'adaptation du poste de travail des patients est réalisée par les ergonomes de l'équipe. L'objectif est de limiter les mouvements douloureux engendrés par le travail et par conséquent de favoriser le maintien de l'activité professionnelle.

Des séances d'activités en groupe sont organisées durant la semaine (marche, golf, etc.) afin de permettre au patient de transposer les bénéfices de sa rééducation dans des activités concrètes.

Durant son séjour, le patient rencontre la nutritionniste afin d'adapter le régime alimentaire aux éventuels troubles digestifs dont il souffre. Elle délivre également des conseils afin d'éviter au patient un surpoids qui majorerait ses symptômes et son inactivité.

La prise en charge psychothérapeutique débutée au CETD est poursuivie par les psychologues du service.

➤ **Les synthèses**

Une synthèse a lieu au départ de la prise en charge pour établir les objectifs de la rééducation. Puis, une synthèse est réalisée à mi-séjour avec l'ensemble de l'équipe, pour suivre l'évolution du patient et adapter, si besoin, le programme. Le patient est régulièrement vu en entretien par le médecin rééducateur pour faire le point avec lui. Une nouvelle synthèse a lieu à la fin de la prise en charge pour encourager le malade à mettre en place une auto-rééducation en ambulatoire avec poursuite d'activités physiques choisies par ce dernier et maintien des techniques antalgiques et d'un accompagnement psychologique éventuel.

5. Recueil de données et analyse statistique

Le recueil des données s'est fait à partir du dossier médical unique du CETD du CHU de Nantes du patient. Des données concernant le critère principal de jugement étant manquantes, elles ont été recueillies lors d'entretiens téléphoniques réalisés avec certains patients.

Nous avons procédé à l'analyse descriptive et évaluative des données.

Les variables quantitatives sont décrites par leur moyenne, leur écart-type (= DS pour déviation standard), leur minimum et leur maximum. Les variables qualitatives sont représentées par effectif et pourcentage.

Des comparaisons entre les deux sous-groupes ont été effectuées sur les paramètres initiaux pour s'assurer de leur homogénéité ; des tests du Chi 2 ou de Fischer pour les variables qualitatives et des tests de Wilcoxon pour les variables quantitatives ont été réalisés.

Nous avons procédé à des analyses descriptives pour l'étude du retour et du maintien au travail. Le nombre de patients ayant repris le travail a été décrit par sous-groupe et par période (à 12 mois, à 24 mois). Une même analyse a été réalisée pour les patients ayant repris une activité professionnelle à 12 mois et l'ayant maintenue à 24 mois.

Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

Des modèles de régression logistique ont été réalisés pour rechercher les facteurs prédictifs du retour au travail (retour à 12 ou 24 mois). Des modèles univariés ont été réalisés pour chaque facteur prédictif potentiel. Une analyse de survie a également été réalisée afin de déterminer les facteurs prédictifs de retour au travail en prenant en compte la date réel de ce retour.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec l'aide du logiciel informatique SAS® version 9.2.

III. Résultats

1. Description de la population

Nous avons inclus dans ce travail un échantillon de 29 patients fibromyalgiques ayant été hospitalisés au Centre d’Evaluation et de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes de 2005 à 2009, puis ayant bénéficié d’une prise en charge rééducative en centre spécialisé.

1.1. Modalités de recours à la filière de soins CETD-CRF

Le recours à la filière de soins CETD-CRF se fait dans la majorité des cas par le médecin généraliste (13 patients sur 29, soit 44,8%). 7 patients (soit 24,1%) ont été adressés par un rhumatologue (6 par un rhumatologue de ville, soit 20,7%, et 1 par un rhumatologue hospitalier, soit 3,4%). 2 patients (soit 6,9%) ont été orientés par un médecin rééducateur et 1 patient (soit 3,4%) par un médecin interniste hospitalier. Les 6 derniers patients (soit 20,7%) ont été adressés par des médecins d’autres spécialités (dont des médecins algologues d’autres centres).

1.2. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

Au sein de cette population, nous avons identifié deux sous-groupes :

- 14 patients (soit 48,3% de notre échantillon) en arrêt de travail de 6 à 12 mois (appelés groupe 6-12 M),
- 15 patients (soit 51,7%) en arrêt de travail de 12 à 24 mois (appelés groupe 12-24 M).

Les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles sont décrites dans le tableau n°2.

Tableau n°2 : Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles de la population étudiée (n = 29)

	Population étudiée n = 29	Groupe 6-12 M n = 14	Groupe 12-24 M n = 15	p-value
Age, en années	40,5 ± 6,9	42,4 ± 5,7	38,7 ± 7,7	0,1852
Sexe : F	25 (86,2%)	13 (92,9%)	12 (80,0%)	0,5977
M	4 (13,8%)	1 (7,1%)	3 (20,0%)	
Statut civil : Marié	15 (53,6%)	9 (69,2%)	6 (40,0%)	0,1922
Vit maritalement	4 (14,3%)	0 (0,0%)	4 (26,7%)	
Divorcé	5 (17,9%)	2 (15,4%)	3 (20,0%)	
Célibataire	3 (10,7%)	1 (7,7%)	2 (13,3%)	
Veuf	1 (3,6%)	1 (7,7%)	0 (0,0%)	
Données manquantes	1	1	0	
Niveau d'étude : Brevet des collèges	2 (6,9%)	0 (0,0%)	2 (13,3%)	0,1810
CAP	14 (48,3%)	8 (57,1%)	6 (40,0%)	
BEP	8 (27,6%)	2 (14,3%)	6 (40,0%)	
Bac	2 (6,9%)	1 (7,1%)	1 (6,7%)	
Etudes supérieurs	2 (6,9%)	2 (14,3%)	0 (0,0%)	
Données manquantes	1	1	0	
Catégorie socioprofessionnelle :				
2. Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1 (3,4%)	0 (0,0%)	1 (6,7%)	0,6513
3. Cadres et prof. intel. sup.	1 (3,4%)	1 (7,1%)	0 (0,0%)	
4. Prof. Intermédiaires	1 (3,4%)	1 (7,1%)	0 (0,0%)	
5. Employés	23 (79,4%)	10 (71,4%)	13 (86,7%)	
6. Ouvriers	1 (3,4%)	1 (7,1%)	0 (0,0%)	
8. Sans profession	2 (6,9%)	1 (7,1%)	1 (6,7%)	
Durée d'arrêt de travail, en mois	13,5 ± 5,3			
Démarches MDPH : RQTH	7 (25,0%)	4 (30,7%)	3 (20,0%)	0,5133
Réorientation	1 (3,6%)	1 (7,7%)	0 (0,0%)	
Aucune	20 (71,4%)	8 (61,5%)	12 (80,0%)	
Données manquantes	1	1	0	
Invalidité : Cat. 1	1 (3,4%)	1 (7,1%)	0 (0,0%)	0,2241
Cat. 2	1 (3,4%)	1 (7,1%)	0 (0,0%)	
Non	27 (93,1%)	12 (85,7%)	15 (100%)	

1.3. Caractéristiques médicales

Les caractéristiques médicales de la population générale et des deux sous-groupes à l'inclusion sont décrites dans le tableau n°3.

Tableau n°3 : Caractéristiques médicales de la population à l'inclusion

	Population étudiée n = 29	Groupe 6-12 M n = 14	Groupe 12-24 M n = 15	p-value
EVA douleur	6,9 ± 1,3	6,7 ± 1,6	7,0 ± 0,9	0,8226
Comorbidités douloureuses : Rachialgie	18 (62,1%)	4 (28,6%)	14 (93,3%)	0,0996
Céphalée chronique	6 (20,7%)	5 (35,7%)	1 (6,7%)	
Polyarthrose	1 (3,5%)	1 (7,1%)	0 (0,0%)	
Autres	1 (3,5%)	1 (7,1%)	0 (0,0%)	
Aucune	3 (10,3%)	3 (21,4%)	0 (0,0%)	
EVA fonction	6,2 ± 1,5	5,6 ± 1,3	6,7 ± 1,4	0,0687
HAD : items anxiété (/21)	12,4 ± 4,1	13,0 ± 4,1	11,8 ± 4,0	0,4001
items dépression (/21)	8,6 ± 3,5	9,2 ± 3,7	8,1 ± 3,4	0,3177
Comorbidités psychiatriques : Sd dépressif	9 (31,0%)	6 (42,9%)	3 (20,0%)	0,4606
Sd anxieux	8 (27,6%)	3 (21,4%)	5 (33,3%)	
Autres	2 (6,9%)	0 (0,0%)	2 (13,3%)	
Aucune	10 (34,5%)	5 (35,7%)	5 (33,3%)	
EVA sommeil	5,8 ± 2,7	5,9 ± 2,8	5,7 ± 2,7	1
EVA activité générale	6,9 ± 1,6	6,1 ± 1,8	7,7 ± 1,0	0,0118
EVA humeur	5,6 ± 2,2	5,2 ± 2,2	6,0 ± 2,3	0,2593
EVA capacité de marcher	6,8 ± 2,0	6,1 ± 2,5	7,5 ± 1,2	0,0990
EVA travail habituel	7,7 ± 1,6	7,1 ± 1,9	8,3 ± 1,0	0,1133
EVA relation aux autres	4,6 ± 3,0	3,4 ± 2,6	5,7 ± 3,1	0,0362
EVA goût de vivre	5,1 ± 3,0	4,7 ± 3,2	5,5 ± 3,0	0,5411
Traitements dépendogènes : Oui avec addiction	5 (17,2%)	1 (7,1%)	4 (26,7%)	1
Oui sans addiction	12 (41,4%)	7 (50,0%)	5 (33,3%)	
Non	12 (41,4%)	6 (42,9%)	6 (40,0%)	
FABQ : Activités physiques (/24)	12,0 ± 7,3	11,6 ± 7,1	12,4 ± 7,9	0,9593
Activités professionnelles (/42)	27,2 ± 9,0	24,8 ± 9,5	29,4 ± 7,5	0,6281

2. Efficacité à 12 et 24 mois de la prise en charge en filière pluridisciplinaire CETD-CRF

2.1. Retour au travail et maintien dans l'emploi

A 12 mois, 8 patients sur 28 (1 donnée manquante) sont retournés au travail, soit 28,6%. Ils se répartissent de la façon suivante :

- 5 patients sur 13 dans le groupe 6-12M, soit 38,5% (1 donnée manquante),
- 3 patients sur 15 dans le groupe 12-24M, soit 20,0%.

A 24 mois, 13 patients sur 26 (3 données manquantes) sont retournés au travail soit 50,0%. Ils se répartissent de la façon suivante :

- 8 patients sur 13 dans le groupe 6-12M, soit 61,5% (1 donnée manquante),
- 5 patients sur 13 dans le groupe 12-24M, soit 38,5% (2 données manquantes).

Les 8 patients ayant repris une activité professionnelle à 12 mois l'ont maintenue à 24 mois, soit 100%.

Le délai moyen entre l'entrée du patient dans la filière de soins et la reprise du travail chez les 13 patients concernés par celle-ci est de 10,2 mois $\pm$ 5,4.

Que ce soit à 12 ou à 24 mois, aucun patient n'est demandeur d'emploi.

Tableau n°4 : Retour au travail à 12 et 24 mois

	Population étudiée n = 29	Groupe 6-12 M n= 14	Groupe 12-24 M n = 15
Retour au travail à 12 mois : Oui	8 (28,6%)	5 (38,5%)	3 (20,0%)
Non	20 (71,4%)	8 (61,5%)	12 (80,0%)
Données manquantes	1	1	0
Retour au travail à 24 mois : Oui	13 (50,0%)	8 (61,5%)	5 (38,5%)
Non	13 (50,0%)	5 (38,5%)	8 (61,5%)
Données manquantes	3	1	2

Tableau n° 5 : Postes occupés par les patients ayant repris le travail

	A 12 mois (n= 8)	A 24 mois (n = 13)
Même poste, même entreprise	3 (37,5%)	5 (38,5%)
Autre poste, même entreprise	3 (37,5%)	5 (38,5%)
Autre poste, autre entreprise	2 (25,0%)	3 (23,0%)

2.2. Démarches entreprises en vue d'un retour au travail

A 12 mois, 6 patients sur les 8 patients ayant repris le travail (soit 75,0%) ont bénéficié d'adaptations quantitatives et/ou qualitatives de leur poste de travail.

A 24 mois, 9 patients sur les 13 patients ayant repris une activité professionnelle (soit 69,2%) ont bénéficié d'adaptations quantitatives et/ou qualitatives.

Tableau n°6 : Adaptations de poste des patients ayant repris le travail à 12 et à 24 mois

	A 12 mois (n = 8)	A 24 mois (n = 13)
Adaptations qualitatives : Aménagement de poste	2 (25,0%)	3 (23,1%)
Aides techniques	0 (0,0%)	1 (7,7%)
Aucune	6 (75,0%)	9 (69,2%)
Adaptations quantitatives : Temps partiel thérapeutique	3 (37,5%)	2 (15,4%)
Horaires	1 (12,5%)	2 (15,4%)
Aucune	4 (50,0%)	9 (69,2%)

A 12 mois, 14 patients (soit 58,3%) ont bénéficié de démarches auprès de la MDPH. A 24 mois, ce sont 19 patients (soit 79,2%) qui en ont bénéficié.

Tableau n°7 : Démarches réalisées auprès de la MDPH

	Population étudiée n = 29	Groupe 6-12 M n = 14	Groupe 12-24 M n = 15
Démarche à t = 0 : AAH	-	-	-
RQTH	7 (25,0%)	4 (30,8%)	3 (20,0%)
Formation	-	-	-
Réorientation	1 (3,6%)	1 (7,7%)	-
Aucune démarche	20 (71,4%)	8 (61,6%)	12 (80,0%)
Données manquantes	1	1	-
Démarche à 12 mois : AAH	1 (4,2%)	1 (8,3%)	-
RQTH	7 (29,2%)	3 (25,0%)	4 (33,3%)
Formation	5 (20,8%)	2 (16,7%)	3 (25,0%)
Réorientation	1 (4,2%)	1 (8,3%)	-
Aucune démarche	10 (41,7%)	5 (41,7%)	5 (41,7%)
Données manquantes	5	2	3
Démarche à 24 mois : AAH	1 (4,7%)	-	1 (7,1%)
RQTH	10 (41,7%)	4 (40,0%)	6 (42,7%)
Formation	7 (29,2%)	3 (30,0%)	4 (28,6%)
Réorientation	1 (4,2%)	1 (10,0%)	-
Aucune démarche	5 (20,8%)	2 (20,0%)	3 (21,4%)
Données manquantes	5	4	1

En ce qui concerne la mise en invalidité, 5 patients (soit 22,7%) sont en invalidité à 12 mois et 14 (soit 60,9%) à 24 mois.

Tableau n°8 : Mise en invalidité

	Population étudiée n = 29	Groupe 6-12 M n = 14	Groupe 12-24 M n = 15
Invalidité à t = 0 : Cat. 1	1 (3,5%)	1 (7,1%)	-
Cat. 2	1 (3,5%)	1 (7,1%)	-
Non	27 (93,1%)	12 (85,7%)	15 (100%)
Invalidité à 12 mois : Cat. 1	2 (9,1%)	1 (9,1%)	1 (9,1%)
Cat. 2	3 (13,6%)	2 (18,2%)	1 (9,1%)
Non	17 (77,3%)	8 (72,7%)	9 (81,8%)
Données manquantes	7	3	4
Invalidité à 24 mois: Cat. 1	4 (17,4%)	2 (18,2%)	2 (16,7%)
Cat. 2	10 (43,5%)	5 (45,5%)	5 (41,7%)
Non	9 (39,1%)	4 (36,4%)	5 (41,7%)
Données manquantes	6	3	3

2.3. Facteurs prédictifs du retour au travail

En prenant en compte la date exacte de retour au travail, un seul facteur est prédictif : l'HAD items anxiété. Plus le score est élevé, plus la probabilité de retour au travail est faible.

Tableau n°9 : Facteur prédictif du retour au travail

Variable	HR	IC	p-value
HAD items anxiété	0,85	[0,73 ; 1,00]	0,0432

Deux facteurs sont prédictifs du retour au travail à 12 mois : l'EVA sommeil et l'HAD items anxiété. Pour ces deux facteurs, plus le score est élevé, plus la probabilité de retour au travail est faible.

Tableau n°10 : Facteurs prédictifs du retour au travail à 12 mois

Variables	OR	IC	p-value
EVA sommeil (/10)	0,67	[0,46 ; 0,98]	0,0404
HAD items anxiété (/21)	0,76	[0,57 ; 1,00]	0,0463

Seule la mise en invalidité est prédictive du non-retour au travail à 24 mois : la probabilité de retour au travail est plus faible en cas de mise en invalidité, quelle que soit la catégorie.

Tableau n°11 : Facteur prédictif du retour au travail à 24 mois

Variable	OR	IC	p-value
Invalidité à 24 mois (1^{re} et 2nde catégories)	0,13	[0,02 ; 0,76]	0,0238

Toutes les autres variables étudiées (âge, sexe, niveau d'étude, catégorie socio-professionnelle, statut civil, prise de médicaments dépendogènes, FABQ, HAD items dépression, autres EVA, démarches MDPH) ne sont pas significativement associées à la probabilité de retour au travail.

2.4. Qualité de vie

Nous avons étudié l'évolution des différentes EVA à 12 mois, ainsi que la prise ou non de traitements dépendogènes. Malheureusement, nous n'avons pu évaluer ses différentes variables à 24 mois du fait du trop grand nombre de données manquantes. Pour la même raison nous n'avons pas pu étudier l'évolution des items anxiété et dépression de l'HAD à 12 et à 24 mois.

Tableau n°12 : Evolution des différentes EVA à 12 mois

Variables (/10)	A l'admission (n = 29)	A 12 mois (n = 19)	Différence	p-value
EVA douleur	6,9 ± 1,3	6,4 ± 1,6	-0,6 ± 2,2	0,2969
EVA fonction	6,2 ± 1,5	7,1 ± 1,9	0,8 ± 2,0	0,2422
EVA sommeil	5,8 ± 2,7	5,1 ± 3,0	-1,0 ± 2,9	0,3828
EVA activité générale	6,9 ± 1,6	5,8 ± 1,8	-1,2 ± 1,5	0,0020
EVA capacité de marche	6,8 ± 2,0	6,7 ± 2,3	-0,6 ± 1,6	0,1228
EVA travail habituel	7,7 ± 1,6	7,0 ± 2,1	-0,7 ± 2,5	0,1155
EVA goût de vivre	5,1 ± 3,0	5,0 ± 2,9	-0,7 ± 3,7	0,3655
EVA humeur	5,6 ± 2,2	5,5 ± 2,6	-0,3 ± 2,3	0,6350
EVA relation avec les autres	4,6 ± 3,0	5,0 ± 3,2	-0,2 ± 2,4	0,5850

Tableau n°13 : Evolution de la prise de traitements dépendogènes à 12 mois

Prise de traitements dépendogènes	A l'admission (n = 29)	A 12 mois (n = 17)	p-value
Oui (± Addiction)	17 (58,6%)	9 (52,9%)	1
Non	12 (41,4%)	8 (47,1%)	

IV. Discussion

1. Efficacité de notre filière de soins CETD-CRF

Dans ce travail, nous avons pu mettre en évidence l'intérêt de notre filière de soins chez cette population de patients fibromyalgiques sévères, fortement handicapés et par conséquent très coûteux pour la société.

En effet, 28,6% de nos patients retournent au travail à 12 mois et 50,0% à 24 mois, quelque soit la durée d'arrêt de travail à l'inclusion. Le taux de retour au travail est même de 61,5% à

24 mois pour les patients du sous-groupe 6-12 M. Pour les patients en arrêt de travail de plus de 12 mois (sous-groupe 12-24 M), les résultats sont également très encourageants puisque 38,5% des patients de ce sous-groupe retournent au travail à 24 mois.

Il est important de noter la pérennité de ce retour au travail. Les 8 patients ayant repris le travail à 12 mois ont maintenu une activité professionnelle à 24 mois.

76,9% des patients ayant repris le travail à 24 mois occupent un poste dans l'entreprise où ils étaient employés avant leur arrêt de travail et 69,2% des patients ont bénéficié d'une adaptation de leur poste de travail. Ces résultats soulignent l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire incluant le médecin du travail afin de permettre aux patients de bénéficier de conditions optimales à leur retour au sein de l'entreprise. A 24 mois, 79,2% des patients ont bénéficié de démarches auprès de la MDPH, que ce soit la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (41,7%), une formation (29,2%), etc. Bien que le lien entre ces démarches et le retour au travail n'ait pas été démontré dans notre travail, il nous semble nécessaire de rappeler leur importance pour le devenir du patient.

L'anxiété (par le biais de l'HAD items anxiété) est le seul facteur prédictif du non-retour au travail que nous avons pu mettre en évidence. Cela a été décrit à de nombreuses reprises dans la littérature. La mauvaise qualité du sommeil, élément prédictif du non-retour au travail à 12 mois est également un élément connu. La mise en invalidité est prédictive du non-retour au travail à 24 mois. Cette notion, bien que supposée par les professionnels, ne nous paraît pas documentée dans la littérature, probablement du fait de son inexistence dans les systèmes de protection sociale étrangers.

Les résultats concernant les indices de qualité de vie sont plus contrastés. Nous n'avons pu mettre en évidence que l'amélioration de l'EVA activité générale à 12 mois. Néanmoins, il nous semble important de rappeler que le retour au travail est en soit un marqueur important de la qualité de vie des patients.

2. Aspects méthodologiques et limites de notre étude

Nous avons inclus dans notre étude une population de patients fibromyalgiques sévères en âge de travailler, que nous avons répartis en fonction de leur durée d'arrêt de travail en deux sous-groupes similaires sur le plan socioprofessionnel et sur le plan médical (seules les EVA activités générales et EVA relation avec les autres sont significativement plus élevées dans le sous-groupe 12-24 M).

Les critères diagnostiques utilisés dans notre étude sont reconnus au niveau international, de même que les critères de gravité (même si ceux-ci ne font actuellement pas l'objet d'un réel consensus). En reprenant la classification proposée par *Bennett et al.* en 2009, tous les patients inclus dans notre étude relèvent des « formes sévères » du syndrome fibromyalgique, avec un syndrome douloureux sévère (EVA douleur à 6,9/10 en moyenne à l'inclusion), la présence d'un syndrome dépressif ou anxieux (HAD items anxiété à 12,4/21 en moyenne à l'inclusion, syndrome dépressif retrouvé chez 31,0% des patients à l'inclusion), l'absence d'activités physiques (EVA activité générale à 6,9/10 en moyenne à l'inclusion) et une désinsertion socio-professionnelle totale (durée d'arrêt de travail de 13,5 mois en moyenne à l'inclusion).

Notre filière de soins hospitalière, séquentielle et lourde d'un point de vue économique, humain et médical propose un programme de soins pluridisciplinaire précis et personnalisé au patient. Il s'agit d'une caractéristique importante de la prise en charge de cette population, retrouvée dans de nombreuses publications.

Notre étude n'est pas randomisée et nous n'avons pas eu recours à un groupe contrôle. Des considérations éthiques pourraient limiter le recours à ce groupe contrôle pour cette population de patients fibromyalgiques sévères, en échec thérapeutique, et en arrêt de travail prolongé (moyenne de 13,5 mois dans notre étude) au moment de leur inclusion.

Il existe un biais de recrutement. Les patients inclus dans notre étude sont en situation d'échec et en arrêt de travail prolongé. Ils ont donc un pronostic plus sombre quant à la problématique du retour au travail.

Notre échantillon ne comporte que 29 patients, ce qui limite la portée de notre étude. De plus, de nombreuses données médicales (notamment les paramètres de qualité de vie à 12 et 24 mois) sont manquantes dans les dossiers médicaux, ce qui limite la pertinence de notre travail concernant l'évolution de ces paramètres.

La fonction est un critère important à prendre en compte dans la prise en charge des patients fibromyalgiques sévères, d'autant que leurs croyances et leurs conduites d'évitement concernant les activités physiques sont importantes. Cependant, il ne faut pas faire de confusion : l'augmentation de la force musculaire n'est pas toujours corrélée à l'amélioration de la fonction. D'autres critères sont utilisés, notamment par les médecins rééducateurs, pour évaluer la fonction, tels que les tests de Shirado et de Sorensen, le test PILE (*Progressive Isoinertial Lifting Evaluation*) ou la distance doigt-sol. Ces tests ne sont pas d'utilisation courante dans les structures de lutte contre la douleur. Celui choisi dans notre étude (EVA fonction) est un marqueur subjectif et peu précis de la fonction. Il demeure néanmoins intéressant pour évaluer la variation intra-individuelle de ce paramètre.

Pour évaluer le retentissement du syndrome fibromyalgique sur la qualité de vie, le FIQ est l'outil de référence. Nous n'y avons pas eu recours du fait de l'absence de son utilisation systématique et du caractère rétrospectif de notre étude. Nous avons donc utilisé les différentes EVA du Questionnaire Concis sur les Douleurs qui concernent l'activité générale, l'humeur, la capacité à marcher, le travail habituel (à l'intérieur et à l'extérieur de la maison), les relations avec les autres et le goût de vivre, avec toutes les limites que cela implique.

Nous avons pu mettre en évidence différents facteurs prédictifs de retour au travail : l'HAD items anxiété, EVA sommeil et la mise en invalidité. Néanmoins, ces conclusions sont à prendre avec précaution du fait du faible effectif de la population incluse. Dans notre étude, les mesures de reclassement n'ont pas démontré leur efficacité en termes de reprise du travail. Il serait intéressant de s'y intéresser davantage ultérieurement pour en connaître l'impact réel.

3. Comparaison avec d'autres études

Cette population est comparable sur le plan socioprofessionnel à celle d'autres études évaluant l'efficacité de divers programmes pluridisciplinaires. Sur le plan médical, la

population que nous avons incluse présente un syndrome fibromyalgique plus sévère, avec une durée d'arrêt de travail plus longue que celle retrouvée dans d'autres études (6,2 mois pour *X.Torres et al.* contre 13,5 mois dans notre étude par exemple [49]). Le critère de jugement « retour au travail » étant peu étudié dans la littérature internationale, beaucoup d'études sur la prise en charge de ces patients ne précisent pas la durée moyenne d'arrêt de travail. Nous n'avons pas pu comparer notre échantillon avec ceux d'autres études sur cette filière de soins originale CETD-CRF devant l'absence de publication sur une telle filière dans la littérature internationale.

Dans notre étude, nous obtenons des résultats proches sur le retour au travail à ceux obtenus à 12 mois par *X.Torres et al.* (53,2% contre 50,0% dans notre étude) chez une population de fibromyalgiques moins sévères (6,2 mois d'arrêt de travail contre 13,5 dans notre étude, exclusion des patients prenant des traitements dépendogènes, etc.). Dans cette étude, les patients ont bénéficié d'un programme de prise en charge hospitalier associant séances d'éducation thérapeutique, traitements médicamenteux, thérapie cognitivo-comportementale, thérapies physiques (TENS, exercices aérobies, etc.) et occupationnelles (ergonomie, adaptations du poste de travail, etc.) pendant une période de 4 semaines, à raison de 3 jours par semaine et 5 heures par jour. Dans cette étude, il n'y avait pas de suivi à 24 mois. [49]

Il est intéressant de comparer nos résultats avec ceux obtenus par *J.Nizard et al.*, qui ont évalué cette filière de soins originale chez 33 patients lombalgiques chroniques rebelles en arrêt de travail de plus de 6 mois [80]. Dans leur étude, *J.Nizard et al.* observent un retour au travail chez 42,0% des patients à 12 mois (contre 28,6% dans notre étude) et chez 68,8% des patients à 24 mois (contre 50,0% dans notre étude), avec également l'existence d'une pérennité dans ces résultats. Dans notre population de patients fibromyalgiques sévères, le retour au travail dans les suites de la prise en charge CETD-CRF se fait de façon plus progressive et régulière que pour les patients lombalgiques chroniques, avec une dynamique positive se maintenant même 24 mois après le début de la prise en charge. Malgré des résultats globalement inférieurs pour notre population, il est important de noter que ceux-ci sont malgré tout comparables dans le sous-groupe 12-24 M (37,5% contre 38,5% dans notre étude) alors que la prise en charge des patients fibromyalgiques sévères paraît plus difficile à la communauté médicale que celle des lombalgiques chroniques sévères. La fréquence des comorbidités douloureuses et psychiatriques et l'absence de lésions organiques en sont généralement à l'origine [14, 45].

V. Conclusion et perspectives

La prise en charge des patients fibromyalgiques sévères, *a fortiori* en arrêt de travail prolongé est difficile, mal codifiée et coûteuse. Elle est centrée sur une meilleure gestion des douleurs ainsi que de leur retentissement, et l'amélioration de critères objectifs comme les performances physiques, la rationalisation des traitements médicamenteux avec une optimisation des thérapeutiques non-médicamenteuses, ainsi qu'une amélioration du statut social et professionnel, en insistant particulièrement sur la reprise du travail chez les patients en arrêt de travail.

Cette étude pilote évaluant l'efficacité à moyen terme (à 12 et à 24 mois) d'une filière de soins originale, hospitalière et séquentielle associant CETD et CRF, jamais décrite jusqu'à présent, en termes de retour au travail et de maintien dans l'emploi mais aussi d'amélioration de la qualité de vie, a permis de préciser l'intérêt d'une telle filière chez une population de patients présentant un syndrome fibromyalgique sévère.

Cette filière de soins hospitalière et séquentielle CETD – CRF permet d'obtenir des résultats très favorables sur la problématique de l'emploi. De tels résultats justifient, selon nous, son coût relativement élevé et s'inscrivent dans la réflexion générale sur l'adaptation de la prise en charge en fonction du handicap présenté par le patient et de son degré de désinsertion socioprofessionnelle.

Néanmoins, les résultats de cette étude ouverte, sans groupe contrôle, doivent être confirmés par d'autres études. Afin de valider la responsabilité de notre filière de soins dans les bénéfices obtenus chez ces patients, une étude randomisée évaluant l'efficacité comparative de cette filière de soins originale avec celle d'une prise en charge ambulatoire optimisée ainsi que celle d'une prise en charge en Centre de Rééducation Fonctionnelle seul serait intéressante. Cela permettrait également de préciser le type de prise en charge à proposer en fonction de la sévérité du syndrome fibromyalgique présenté par les patients.

Dans le cadre d'études ultérieures, il conviendrait bien sûr d'optimiser les critères de jugement. Il semble également indispensable de promouvoir notre critère principal de

jugement (le retour au travail et le maintien dans l'emploi) qui, jusqu'à présent, est trop peu étudié dans la littérature internationale.

Bibliographie

- [1] Bannwarth B, Blotman F, Roué-Le Lay K, Caubère JP, André E, Taïeb C. Fibromyalgia syndrome in the general population of France : a prevalence study. *Joint Bone Spine* 2009 ; 76 (2) : 184-7.
- [2] Lawrence RC, Felson DT, Helmick CG, Arnold LM, Choi H, Deyo RA. *et al.* Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States : Part II. *Arthritis Rheum* 2008 ; 58 (1) : 26-35.
- [3] Lindell L, Bergman S, Petersson IF, Jacobson LT, Herrström P. Prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain. *Scand J Prim Care* 2000 ; 18 (3) : 149-53.
- [4] Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russel IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995 ; 38 (1) : 19-28.
- [5] Gansky SA, Plesh O. Widespread pain and fibromyalgia in a biracial cohort of young women. *J Rheumatol* 2007 ; 34 (4) : 810-7.
- [6] Price DD, Staud R. Neurobiology of fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol Suppl* 2005 ; 75 : 22-8.
- [7] Mountz JM, Bradley LA, Modell JG, Alexander RW, Triana-Alexander M, Aaron LA, *et al.* Fibromyalgia in women. Abnormalities of regional cerebral blood flow in the thalamus and the caudate nucleus are associated with low pain threshold levels. *Arthritis Rheum* 1995 ; 38 (7) : 926-38.
- [8] Kwiateck R, Barnden L, Tedman R, Jarrett R, Chew J, Rowe C, *et al.* Regional cerebral blood flow in fibromyalgia : single-photon-emission computed tomography evidence of reduction in the pontine tegmentum and thalami. *Arthritis Rheum* 2000 ; 43 (12) : 2823-33.

- [9] Guedj E, Cammilleri S, Niboyet J, Dupont P, Vidal E, Dropinski JP, *et al.* Clinical correlate of brain SPECT perfusion abnormalities in fibromyalgia. *J Nucl Med* 2008 ; 49 (11) : 1798-803.
- [10] Gracely RH, Petzke F, Wolf JM, Clauw DJ. Functional magnetic resonance imaging evidence of augmented pain processing in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2002 ; 46 (5) : 1333-43.
- [11] Jensen KB, Kosek E, Petzke F, Carville S, Fransson P, Marcus H, *et al.* Evidence of dysfunctional pain inhibition in fibromyalgia reflected in rACC during provoked pain. *Pain* 2009 ; 144 (1-2) : 95-100.
- [12] Yunus MB. A comprehensive medical evaluation of patients with fibromyalgia syndrome. *Rheum Dis Clin North Am* 2002 ; 28 (2) : 201-17, v-vi.
- [13] Friedberg F, Jason LA. Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia : clinical assessment and treatment. *J Clin Psychol* 2001 ; 57 (4) : 433-55.
- [14] Académie Nationale de Médecine, Menkès CJ, Godeau P. La Fibromyalgie. Rapport. *Bull Acad Natle Méd* 2007 ; 191 (1) : 143-8.
- [15] Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennet RM, Bombardier C, Goldenberg DL, *et al.* The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum* 1990 ; 33 (2) : 160-72.
- [16] Smythe HA. Fibromyalgia among friends. *J Rheumatol* 2004 ; 31 (4) : 627-30.
- [17] Mease P. Fibromyalgia syndrome : review of clinical presentation pathogenesis, outcome measures, and treatment. *J Rheumatol Suppl* 2005 ; 75 : 6-21.
- [18] Wolfe F. The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables : evidence that fibromyalgia is not a discrete disorder in the clinic. *Arthritis Rheum* 1997 ; 40 (3) : 268-71.

- [19] Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, *et al.* The American College of Rheumatology : Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care Res* 2010 ; 62 (5) : 600-10.
- [20] Weir PT, Harlan GA, Nkov FL, Jones SS, Hegmann KT, Gren LH, *et al.* The incidence of fibromyalgia and its associated comorbidities : a population-based retrospective cohort study based on international classification of disease, 9th Revision codes. *J Clin Rheumatol* 2006 ; 12 (3) : 124-8.
- [21] Wolfe F, Michaud K. Severe rheumatoid arthritis (RA), worse outcomes, comorbid illness, and sociodemographic disadvantage characterize RA patients with fibromyalgia. *J Rheumatol* 2004 ; 31 (4) : 695-700.
- [22] Akkasilpa S, Goldman D, Magder LS, Petri M. Number of fibromyalgia tender points is associated with health status in patients with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 2005 ; 32 (1) : 48-50.
- [23] Valencia-Flore M, Cardiel MH, Santiago V, Resendiz M, Castaño VA, Negrete O, *et al.* Prevalence and factors associated with fibromyalgia in Mexican patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2004, 13 (1) : 4-10.
- [24] Ostuni P, Botsios C, Sfriso P, Punzi L, Chieco-Bianchi F, Semeraro L, *et al.* Fibromyalgia in Italian patients with primary Sjögren's syndrome. *Joint Bone Spine* 2002 ; 69 (1) : 51-7.
- [25] Pamuk ÖN, Cakir N. The frequency of thyroid antibodies in fibromyalgia patients and their relationship with symptoms. *Clin Rheumatol* 2007 ; 26 : 55-9.
- [26] Carette S, Lefrançois S. Fibrositis and primary hypothyroidism. *J Rheumatol* 1988 ; 15 (9) : 1418-21.
- [27] Auquier L, Bontoux D, Löö H, Godeau P, Menkès CI, Paolaggi JB, *et al.* La fibromyalgie. *Rev Med Int* 2008 ; 29 : 161-8.

- [28] Blotman F, Franco Y. La fibromyalgie. Toulouse : Privat ; 2006.
- [29] Sordet Guepet H. Approche psychiatrique de la fibromyalgie. Encycl Med Chir 2010 ; 37-402-A-25.
- [30] Cantebras P, Troubles fonctionnels et somatisation. Paris : Masson ed. 2006, 233p.
- [31] Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgia impact questionnaire development and validation. J Rheumatol 1991 ; 18 (5) : 728-33.
- [32] Perrot S, Dumont D, Guillemin F, Pouchot J, Coste J. Quality of life in women with fibromyalgia syndrome : validation of the QIF, the french version of the fibromyalgia impact questionnaire. J Rheumatol 2003 ; 30 (5) : 1054-9.
- [33] Bennett RM, Bushmakina AG, Cappelleri JC, Zlateva G, Sadosky AB. Minimal clinically important difference in the fibromyalgia impact questionnaire. J Rheumatol 2009 ; 36 (6) : 1304-11.
- [34] Tison P, Hautekeete M, Bardiaux C, Roussez A. Croyances dans la douleur chronique. Journal de thérapie comportementale et cognitive 2009 ; 19 (2) : 67-71.
- [35] Vlaeyen JW, Morley S. Active despite pain : the putative role of stop-rules and current mood. Pain 2004 ; 110 (3) : 512-6.
- [36] McCracken LM. Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. Pain 1998 ; 74 (1) : 21-7.
- [37] Kerns RD, Rosenberg R, Jamison RN, Caudill MA, Haythornthwaite J. Readiness to adopt a self-management approach to chronic pain: the Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ). Pain 1997 ; 72 (1-2) : 227-34.
- [38] McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain : component analysis and a revised assessment method. Pain 2004 ; 107 (1-2) : 159-66.

[39] Medical Disability Advisor. 6^{ème} édition ; 2009 : [www.http://www.mdguidelines.com/](http://www.mdguidelines.com/).

[40] Winkelmann A, Perrot S, Schaefer C, Ryan K, Chandran A, Sadosky A, *et al.* Impact of fibromyalgia severity on health economic costs : results from a European cross-sectional study. *Appl Health Econ Health Policy* 2011 ; 9 (2) : 125-36.

[41] Thompson JM, Luedtke CA, Oh TH, Shah ND, Long KH, King S, *et al.* Direct medical costs in patients with fibromyalgia : cost of illness and impact of a brief multidisciplinary treatment program. *Am J Phys Med Rehabil* 2011 ; 90 (1) : 40-6.

[42] Robinson RL, Birnbaum HG, Morley MA, Sisitsky T, Greenberg PE, Claxton AJ. Economic cost and epidemiological characteristics of patients with fibromyalgia claims. *J Rheumatol* 2003 ; 30 (6) : 1318-25.

[43] Sicras-Mainar A, Rejas J, Navarro R, Blanca M, Morcillo A, Larios R. Treatin patients with fibromyalgia in primary care setting under routine medical practice : a claim database cost and burden of illness study. *Arthritis Res Ther* 2009 ; 11 (2) : R54.

[44] Boonen A, Van Den Heuvel R, Van Tubergen A, Goossens M, Severens JL, Van Der Heijde D, *et al.* Large differences in cost of illness and wellbeing between patients with fibromyalgia, chronic low back pain, or ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2005 ; 64 : 396-402.

[45] Haute Autorité de Santé. Rapport d'orientation – Syndrome fibromyalgique de l'adulte. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2010.

[46] Karjalainen K, Malmivaara A, Van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, *et al.* Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2000 ; (2) : CD001984.

[47] Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA* 2004 ; 292 (19) : 2388-95.

- [48] Häuser W, Bernardy K, Arnold B, Offenbächer M, Schiltenswolf M. Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome : a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Arthritis Rheum* 2009 ; 61 (2) : 216-24.
- [49] Torres X, Collado A, Arias A, Peri JM, Bailles E, Salamero M, *et al.* Pain locus of control predicts return to work among Spanish fibromyalgia patients after completion of a multidisciplinary pain program. *Gen Hosp Psychiatry* 2009 ; 31 (2) : 137-45.
- [50] Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, Blotman F, Branco JC, Buskilla D. EULAR evidence based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis* 2007.
- [51] Carruthers BM, van de Sande MI. Fibromyalgia syndrome: a clinical case definition and guidelines for medical practitioners. An overview of the canadian consensus document. Vancouver: Carruthers & van de Sande ; 2005.
- [52] Häuser W, Eich W, Herrmann M, Nutzinger DO, Schiltenswolf M, Henningsen P. Fibromyalgia syndrome: classification, diagnosis, and treatment. *Dtsch Arztebl Int* 2009 ; 106 (23) : 383-91.
- [53] Chatellier F, Nizard J, Geraut G, Lajat Y. Pourquoi et comment intégrer le médecin du travail à l'équipe du Centre de Traitement de la Douleur. *Doul et Analg* 2003 ; 3 : 177-81.
- [54] Henriksson CM, Liedberg GM, Gerdle B. Women with fibromyalgia : work and rehabilitation. *Disabil Rehabil* 2005 ; 27 (12) : 685-94.
- [55] Van Oostrom SH, Driessen MT, De Vet HC, Franche RL, Schonstein E, Loisel P, *et al.* Workplace interventions for preventing work disability. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 ; (2) : CD006955.
- [56] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Saint-Denis La Plaine ; ANAES : 1999.

- [57] Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ) the role of fear avoidance belief in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993 ; 52 : 157-68.
- [58] Chaory K, Fayad F, Rannou F, Lefèvre-Colau MM, Fermanian J, Revel IM, *et al.* Validation of the french version of the Fear Avoidance Belief Questionnaire. *Spine* 2004 ; 29 : 908-13.
- [59] Euller-Ziegler L, Ziegler G. Qu'est-ce qu'une approche multidisciplinaire ? Définition, cadre de soins, problématique. *Rev Rhum [Ed Fr]* 2001 ; 68 : 126-30.
- [60] Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2007.
- [61] Biasi G, Manca S, Manganelli S, Marcolongo R. Tramadol in the fibromyalgia syndrome : a controlled clinical trial versus placebo. *Int J Clin Pharm Res* 1998; 1 : 13-19.
- [62] Bennett RM, Schein J, Kokinski MR, Hewitt DJ, Jordan DM, Rosenthal NR. Impact of fibromyalgia pain on health related quality of life before and after treatment with tramadol/acetaminophen. *Arthritis Rheum* 2005 ; 53 (4) : 519-27.
- [63] Arnold LM, Keck Jr PE, Welge JA. Antidepressant treatment of fibromyalgia : a meta-analysis and review. *Psychosomatics* 2000 ; 41 (2) : 104-13.
- [64] Arnold LM, Lu Y, Crofford LJ, Wohlreich M, Detke MJ, Iyengar S *et al.* A double-blind, multicenter trial comparing duloxetine with placebo in the treatment of fibromyalgia patients with or without major depressive disorder. *Arthritis Rheum* 2004 ; 50 (9) : 2974-84.
- [65] Dwight MM, Arnold LM, O'Brien H, Metzger R, Morris-Park E, Keck Jr PE. An open clinical trial of venlafaxine treatment of fibromyalgia. *Psychosomatics* 1998 ; 39 : 14-17.
- [66] Gendreau RM, Thorn MD, Gendreau JF, Kranzler JD, Ribeiro S, Gracely RH, *et al.* Efficacy of milnacipran in patients with fibromyalgia. *J Rheumatol* 2005 ; 32 : 1975-85.

- [67] Crofford LJ, Rowbotham MC, Mease PJ, Russell IJ, Dworkin RH, Corbin AE, *et al.* Pregabalin for the treatment of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 2005 ; 52 (4) : 1264-73.
- [68] Arnold LM, Crofford LJ, Martin SA, Young JP, Sharma U. The effect of anxiety and depression on improvements in pain in a randomized, controlled trial of pregabalin for treatment of fibromyalgia. *Pain Med* 2007 ; 8 (8) : 633-8.
- [69] Arnold LM, Goldenberg DL, Stanford SB, Lalonde JK, Sandhu HS, Keck Jr PE, *et al.* Gabapentin in the treatment of fibromyalgia : a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial. *Arthritis Rheum* 2007 ; 56 (4) : 1336-44.
- [70] Richards KC, Gibson R, Overton-McCoy AL. Effects of massage in acute and critical care. *AACN Clin Issues* 2000 ; 11 (1) : 77-96.
- [71] Løfgren M, Norrbrink C. Pain relief in women with fibromyalgia : a cross-over study of superficial warmth stimulation and transcutaneous electrical nerve stimulation. *J Rehabil Med* 2009 ; 41 : 557-62.
- [72] Eccleston C, Williams ACDC and Morley S; Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* ; Février 2009, n° 2.
- [73] Tate FB, Longo DA. Art Therapy : enhancing psychosocial nursing. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2002 ; 40 (3) : 40-7.
- [74] Lanoiselée J, Nizard J, Meas Y, Lajat Y. Rôle du médecin de médecine physique et réadaptation dans un Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur. *Doul et Analg* 2003 ; 3 : 151-154.
- [75] Rousseau B. Fibromyalgie et activités physiques. *REDO* 44 ; 13 octobre 2007.
- [76] Paul L, Brisson C. Prise en charge des douloureux chroniques et fibromyalgie. *Centre de Rééducation Fonctionnel de Pen-Bron* ; 2006.

[77] Dumolard A, Juvin R, Bouchet JY, Sévenier AM, Troger F. La fibromyalgie. Profession kinésithérapeute 2007 ; 15 : 5-17.

[78] Castro-Sanchez AM, Mataran-Peñaroccha GA, Granero-Molina J, Aquilera-Manrique G, Quesada-Rubio JM, Moreno-Lorenzo C. Benefits of massage-myofascial release therapy on pain, quality of sleep, depression, and quality of life in patients with fibromyalgia. Evid Based Complement Alternat Med 2011 ; 2011 : 561753.

[79] Kalichman L. Massage therapy for fibromyalgia symptoms. Rheumatol Int 2010 ; 30 (9) : 1151-7.

[80] Nizard J, Lepeintre A, Glemarec J, Lanoiselée JM, Paul L, Robin B, *et al*, Efficacy at 24 months of an original care pathway : multidisciplinary pain center followed by rehabilitation center management, on the return to work and quality of life of 33 refractory chronic low-back pain patients with sick leave over 6 months. World Congress on Pain, IASP , Montreal (Canada) ; August 2011.

Annexes

Annexe n°1 : Critères 2010 de l'ACR pour le diagnostic de la fibromyalgie.

1. *Widespread Pain Index (WPI) (/ 19)*

Auto-évaluation par le patient de l'existence ou non d'une douleur, au cours de la semaine précédente, sans appréciation de son intensité, au niveau de 19 sites corporels définis :

- Ceinture scapulaire droite et gauche,
- Bras et avant-bras droit et gauche,
- Hanches droite et gauche,
- Cuisses et jambes droites et gauches,
- Mâchoire à droite et à gauche,
- Thorax, abdomen et cou,
- Parties supérieure et inférieure du dos.

2. *Symptom Severity Scale Score (SS) (/ 12)*

Score de sévérité des symptômes :

- Fatigue, sensation de non-repos au réveil, symptômes cognitifs, chacun de ses trois symptômes est quantifié de :
 - 0 « pas de symptôme »
 - 1 « symptôme léger ou intermittent »
 - 2 « symptôme modéré ou considérable, souvent présent »
 - 3 « sévère, permanent, altère la qualité de vie ».
- Symptômes somatiques (douleurs musculaires, fatigabilité, faiblesse musculaire, troubles fonctionnels intestinaux, sensations vertigineuses, vision brouillée, engourdissements, picotements, démangeaisons, thoracodynies, souffle court, palpitations, bouche sèche, perte du goût ou changement du goût, intolérance au soleil, rash cutané, peau fragile, bleus, cheveux cassants, perte de cheveux, acouphènes, troubles auditifs, mouvements involontaires, secousses, pollakiurie, dysurie, spasmes vésicaux, pensées récurrentes autour des symptômes, insomnie, dépression, nervosité), quantité de ses symptômes quantifiée de :
 - 0 « pas de symptôme »
 - 1 « peu de symptômes »
 - 2 « quantité modérée de symptômes »
 - 3 « beaucoup de symptômes »

3. **Diagnostic de fibromyalgie si les trois conditions suivantes sont réunies :**

- WPI > ou = à 7 et SS > ou = à 5
ou WPI entre 3 et 6 et SS > ou = à 9,
- présence des symptômes à même intensité depuis au moins 3 mois,
- absence d'une autre pathologie expliquant les symptômes.

Annexe n°2 : Critères 1990 de l'ACR pour la classification de la fibromyalgie.

1. Tableau de douleur diffuse évoluant depuis plus de 3 mois.

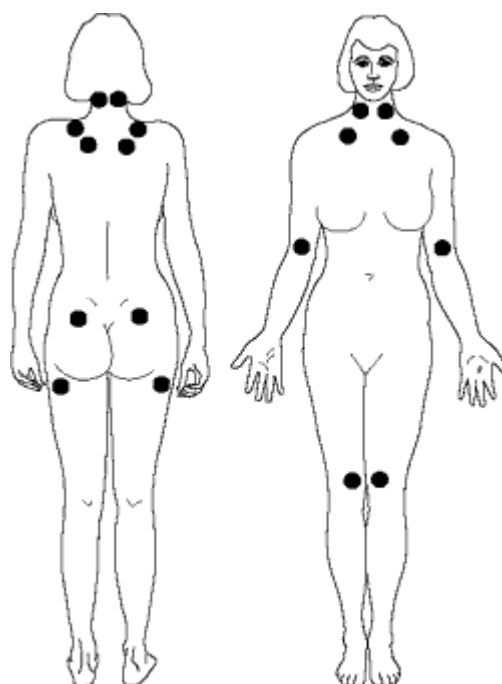
Une douleur est considérée comme diffuse si tous les éléments suivants sont présents :

- douleur du côté gauche du corps
- douleur du côté droit du corps
- douleur au dessus de la taille
- douleur en dessous de la taille
- de plus, une douleur squelettique axiale (rachis cervicale ou paroi antérieure du rachis dorsale ou lombalgie) doit être présente.

Dans cette définition, une douleur de l'épaule ou de la fesse est à considérer comme telle pour chaque côté atteint. Une lombalgie est une douleur du segment inférieur.

2. Douleur à la pression digitale d'au moins 11 des 18 points suivants :

- occiput : bilatéral, à l'insertion des muscles sous-occipitaux,
- cervical bas : bilatéral, à la partie antérieure des espaces intertransversaux au niveau C5–C7,
- trapézien : bilatéral à la partie moyenne du bord supérieur [du muscle],
- sus-épineux : bilatéral, à l'insertion au dessus de l'épine de l'omoplate, près de son bord interne,
- 2^e côte : bilatéral, à la seconde jonction chondrocostale, juste à côté de la jonction à la surface supérieure,
- épicondylien latéral : bilatéral, à 2 cm au-dessous des épicondyles,
- fessier : bilatéral, au quadrant supéro-externe de la fesse, au pli fessier antérieur,
- trochantérien : bilatéral, en arrière de la saillie du grand trochanter,
- genou : bilatéral, vers le coussinet graisseux médian, proche de l'interligne.



La palpation digitale doit être faite avec une force approximative de 4 kg. Pour qu'un point douloureux soit considéré comme présent, le sujet doit signaler que cette palpation est douloureuse. Sensible n'est pas considéré comme douloureux.

Pour satisfaire l'objectif de classification, les patients seront tenus pour avoir une fibromyalgie d'associer les 2 critères. La douleur diffuse doit avoir été présente au moins 3 mois. La présence d'un tableau clinique associé n'exclut pas le diagnostic de fibromyalgie.

Annexe n°3 : Questionnaire de mesure de l'Impact de la Fibromyalgie (QIF).

Les questions qui suivent ont pour objectif de mesurer les conséquences de votre fibromyalgie sur votre santé. Les réponses que vous fournirez à ce questionnaire nous permettront de mieux connaître l'impact de votre maladie sur votre vie de tous les jours.

Merci de bien vouloir répondre à toutes les questions :

- soit en mettant une croix X dans la case correspondant à la réponse choisie. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

- soit en indiquant d'un trait l'endroit où vous vous situez entre deux positions extrêmes, comme dans l'exemple ci-dessous :

_____ ☐ _____

Aucune douleur

Douleur très importante

1-Etes-vous capable de :

0 : Toujours ; 1 : La Plupart du temps ; 2 : De temps en temps ; 3 : Jamais

- *Faire les courses ?*
- *Faire la lessive en machine ?*
- *Préparer à manger ?*
- *Faire la vaisselle à la main ?*
- *Passer l'aspirateur ?*
- *Faire les lits ?*
- *Marcher plusieurs centaines de mètres ?*
- *Aller voir des amis ou la famille ?*
- *Faire du jardinage ?*
- *Conduire une voiture ?*
- *Monter les escaliers ?*

Au cours des 7 derniers jours,

2. Combien de jours vous-êtes vous senti(e) bien ?

Si vous n'avez pas d'activité professionnelle, passez à la question 5

3. Combien de jours de travail avez-vous manqués à cause de la fibromyalgie ?

4. Les jours où vous avez travaillé, les douleurs ou d'autres problèmes liés à votre fibromyalgie vous ont-ils gêné(e) dans votre travail ?

Aucune gêne

Gêne très importante

Au cours des 7 derniers jours,

5. Avez-vous eu des douleurs ?

Aucune douleur	Douleurs très importantes
----------------	---------------------------

6. Avez-vous été fatigué(e) ?

Pas du tout fatigué(e)	Extrêmement fatigué(e)
------------------------	------------------------

7. Comment vous êtes-vous senti(e) le matin au réveil ?

Tout à fait reposé(e) au réveil	Extrêmement fatigué(e) au réveil
---------------------------------	----------------------------------

8. Vous êtes-vous senti(e) raide ?

Pas du tout raide	Extrêmement raide
-------------------	-------------------

9. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou inquiet(e) ?

Pas du tout tendu(e)	Extrêmement tendu(e)
----------------------	----------------------

10. Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ?

Pas du tout déprimé(e)	Extrêmement déprimé(e)
------------------------	------------------------

Annexe n°4 : Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles de l'INSEE de 2003 (PCS-2003).

Niveau 1 - Liste des catégories socioprofessionnelles agrégées

- 1 « Agriculteurs exploitants »
- 2 « Artisans, commerçants et chefs d'entreprise »
- 3 « Cadres et professions intellectuelles supérieures »
- 4 « Professions Intermédiaires »
- 5 « Employés »
- 6 « Ouvriers »
- 7 « Retraités »
- 8 « Autres personnes sans activité professionnelle »

Annexe n°5 : Echelle *Hospital Anxiety and Depression* (HAD).

		Je me sens tendu ou énervé :
	3	la plupart du temps
	2	souvent
	1	de temps en temps
	0	jamais
		Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :
0		oui, tout autant
1		pas autant
2		un peu seulement
3		presque plus
		J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :
	3	oui, très nettement
	2	oui, mais ce n'est pas grave
	1	un peu, mais cela ne m'inquiète pas
	0	pas du tout
		Je ris facilement et vois le bon côté des choses :
0		autant que par le passé
1		plus autant qu'avant
2		vraiment moins qu'avant
3		plus du tout
		Je me fais du souci :
	3	très souvent
	2	assez souvent
	1	occasionnellement
	0	très occasionnellement
		Je suis de bonne humeur :
3		jamais
2		rarement
1		assez souvent
0		la plupart du temps
		Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :
	0	oui, quoi qu'il arrive
	1	oui, en général
	2	rarement
	3	jamais
		J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :
3		presque toujours
2		très souvent
1		parfois
0		jamais

		J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :
	0	jamais
	1	parfois
	2	assez souvent
	3	très souvent
		Je ne m'intéresse plus à mon apparence :
3		plus du tout
2		je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
1		il se peut que je n'y fasse plus autant attention
0		j'y prête autant d'attention que par le passé
		J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :
	3	oui, c'est tout à fait le cas
	2	un peu
	1	pas tellement
	0	pas du tout
		Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :
0		autant qu'auparavant
1		un peu moins qu'avant
2		bien moins qu'avant
3		presque jamais
		J'éprouve des sensations soudaines de panique :
	3	vraiment très souvent
	2	assez souvent
	1	pas très souvent
	0	jamais
		Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :
0		souvent
1		parfois
2		rarement
3		très rarement
D	A	

Analyse des résultats et cotations :

Anxiété : faire la somme des scores aux questions : 1, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Dépression : faire la somme des scores aux questions : 2, 3, 5, 7, 9, 11, 13.

Interprétation des scores :

Score anxiété > 11 : état anxieux

Score dépression > 11 : état dépressif

Annexe n°6 : Fear Avoidance and Belief Questionnaire (FABQ)

Vous trouverez ci-dessous des pensées que d'autres patients nous ont dites à propos de la douleur. Pour chaque remarque, veuillez entourer le chiffre entre 0 et 6 qui exprime le mieux ce que vous éprouvez et ce qui atteint ou pourrait atteindre votre dos.

	Absolument pas d'accord	Partiellement d'accord	Complètement d'accord
FABQ Physique			
1. Ma douleur a été provoquée par l'activité physique	0	1 2 3 4 5	6
2. L'activité physique aggrave ma douleur	0	1 2 3 4 5	6
3. L'activité physique pourrait abîmer mon dos	0	1 2 3 4 5	6
4. Je ne voudrais pas faire d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1 2 3 4 5	6
5. Je ne devrais pas avoir d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1 2 3 4 5	6
FABQ Travail			
<i>Les phrases suivantes concernent la façon dont votre travail actuel affecte ou pourrait affecter votre mal de dos</i>			
6. Ma douleur a été causée par mon travail ou par un accident de travail	0	1 2 3 4 5	6
7. Mon travail a aggravé ma douleur	0	1 2 3 4 5	6
8. Je mérite la reconnaissance de mon mal de dos en tant qu'accident de travail	0	1 2 3 4 5	6
9. Mon travail est trop lourd pour moi	0	1 2 3 4 5	6
10. Mon travail aggrave ou pourrait aggraver ma douleur	0	1 2 3 4 5	6
11. Mon travail pourrait endommager / abîmer mon dos	0	1 2 3 4 5	6
12. Je ne devrais pas effectuer mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1 2 3 4 5	6
13. Je ne peux pas faire mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1 2 3 4 5	6
14. Je ne peux pas faire mon travail habituel tant que ma douleur n'est pas traitée	0	1 2 3 4 5	6
15. Je ne pense pas que je pourrais refaire mon travail habituel dans les 3 prochains mois	0	1 2 3 4 5	6
16. Je ne pense pas que je pourrais jamais refaire mon travail	0	1 2 3 4 5	6

TOTAL DES ITEMS

Échelle 1 : croyances concernant le travail (6 + 7 + 9 + 10 + 11 + 12 + 15, 0 à 42)

Échelle 2 : croyances concernant l'activité physique (2 + 3 + 4 + 5, 0 à 24).

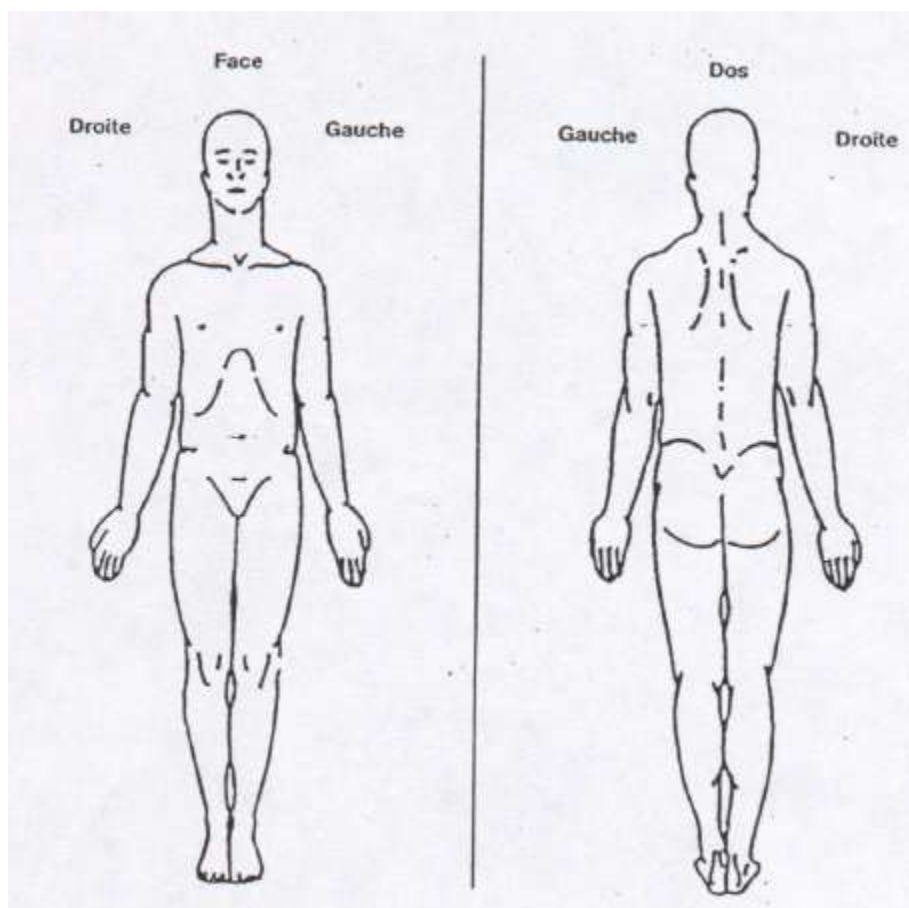
Annexe n°7 : Questionnaire Concis sur les Douleurs (QCD)

1. Au cours de notre vie, la plupart d'entre nous ressentent des douleurs un jour ou l'autre (maux de tête, rage de dents) : **au cours des huit derniers jours** avez-vous ressenti **d'autres** douleurs que ce type de douleurs « familières » ?

1. Oui 2. Non

Si vous avez répondu « non » à la dernière question, il n'est pas utile de répondre aux questions suivantes. Merci de votre participation.

2. Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone. Mettez sur le dessin un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps. Mettez aussi un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



3. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus **intense** que vous avez ressentie la semaine dernière.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur		Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer								

4. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus faible que vous avez ressentie la semaine dernière.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur		Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer								

5. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en général**.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur		Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer								

6. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en ce moment**.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur		Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer								

7. Quels traitements suivez-vous ou quels médicaments prenez-vous contre la douleur ?

8. La semaine dernière, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté : pouvez-vous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue ?

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
Aucune amélioration		Amélioration complète								

9. Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

A) Activité générale

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas					Gêne complètement					

B) Humeur

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas					Gêne complètement					

C) Capacité à marcher

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas					Gêne complètement					

D) Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas					Gêne complètement					

E) Relations avec les autres

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas					Gêne complètement					

F) Sommeil

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas								Gêne complètement		

G) Goût de vivre

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas								Gêne complètement		

Efficacité à 24 mois d'une filière de soins originale : Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur - Centre de Rééducation Fonctionnelle, sur le retour et le maintien au travail et sur la qualité de vie de 29 patients fibromyalgiques sévères en arrêt de travail depuis plus de 6 mois.

Résumé

Objectifs : La prise en charge des patients fibromyalgiques sévères en arrêt de travail prolongé est un enjeu de santé publique du fait du coût élevé de cette pathologie pour la société. Notre étude a évalué l'efficacité d'une filière de soins originale, hospitalière et séquentielle associant le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes (France) et un Centre de Rééducation Fonctionnelle (CRF), sur le devenir à 24 mois de 29 patients fibromyalgiques sévères en âge de travailler et en arrêt de travail de plus de 6 mois.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, portant sur l'ensemble des patients fibromyalgiques sévères en arrêt de travail de plus de 6 mois ayant bénéficié d'une prise en charge pluridisciplinaire, hospitalière et séquentielle de 2 fois 5 jours au sein du CETD, puis d'une hospitalisation de 5 fois 5 jours en CRF. Le critère de jugement principal est la reprise et le maintien de l'activité professionnelle ; les critères de jugement secondaires sont des critères de qualité de vie : la douleur, la fonction, les éléments dépressifs et anxieux, la qualité du sommeil, les répercussions de la douleur dans la vie quotidienne et la consommation de médicaments dépendogènes.

Résultats : Nous avons inclus 29 patients, dont 25 femmes, d'âge moyen 40,5 ans (DS = 7,0). La durée moyenne d'arrêt de travail est de 13,5 mois (DS = 5,3). 28,6% des patients ont repris le travail à 12 mois et 50,0% à 24 mois. Ces résultats sont pérennes puisque tous les patients ayant repris le travail à 12 mois ont maintenu une activité professionnelle à 24 mois. Il s'y associe une amélioration de l'activité générale à 12 mois ($p < 0,05$) mais pas des autres critères de qualité de vie. Le niveau d'anxiété est retrouvé comme prédictif du non retour au travail ($p < 0,05$).

Conclusion : Cette étude montre l'efficacité à 12 et à 24 mois de cette filière de soins originale, jamais publiée, sur la reprise et le maintien au travail ainsi que sur l'activité générale de 29 patients fibromyalgiques sévères en arrêt de travail prolongé. Ces résultats encourageants méritent d'être confirmés par une étude contrôlée randomisée.

Mots-clés

Fibromyalgie ; Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur ; Centre de Rééducation Fonctionnelle ; Prise en charge multidisciplinaire ; Retour au travail ; Arrêt de travail ; Qualité de vie.